



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Universitat Autònoma
de Barcelona

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Universitat Autònoma de Barcelona

Tesis doctoral

**IMPACTO DE LA GUIA CLINICA DE LA DEPRESION
INFORMATIZADA DE CATALUÑA EN EL DIAGNÓSTICO Y EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA:
*estudio controlado del efecto de un proceso de
implementación***

Memoria presentada por Myriam Cavero Álvarez para optar al título de doctor
por la Universitat Autònoma de Barcelona
Programa de Doctorado en Psiquiatria

Director
Dr. Víctor Pérez Solá

Myriam Cavero Álvarez
Barcelona 2017

Dr. Víctor Pérez Solá certifica que ha dirigido y supervisado la tesis doctoral titulada “**IMPACTO DE LA GUIA CLINICA DE LA DEPRESION INFORMATIZADA DE CATALUÑA EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: *estudio controlado del efecto de un proceso de implementación***” presentada por Myriam Cavero Álvarez. Con este documento confirmo que esta tesis doctoral cumple con los requisitos necesarios para su defensa.

Dr. Víctor Pérez Solá

Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Hospital del Mar.

Professor Titular del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal.

Universitat Autònoma de Barcelona.

Junio 2017

Por supuesto... a Diego
A mis padres y hermanos, siempre aquí

Agradecimientos

A Víctor Pérez, mi director de Tesis, por su confianza, amabilidad y, sobre todo, por estimularme para la realización de este trabajo.

A los diferentes profesionales del Hospital Parc Taulí de Sabadell y de la Atención Primaria del sector por compartir y, lo que es más importante, facilitar mi trabajo durante el desarrollo de este proyecto. Gracias por vuestra ayuda.

No puedo olvidarme, aunque no tengan participación directa en este proyecto, de reconocer el apoyo de mis compañeros del CSMA Esquerra del Eixample y agradecer el soporte recibido y la escucha activa que han realizado en diversas ocasiones.

Al margen del terreno laboral, agradezco a mi familia y amigos estar ahí, con todo su cariño y sus cuidados.

Y eternamente agradecida a Diego, mi apoyo, por estar siempre a mi lado y ser mi compañero leal.

Resulta complicado poder nombrar a todas aquellas personas que en las distintas fases de la elaboración de este trabajo han dedicado parte de su tiempo y esfuerzo, animándome para que ahora yo pueda estar escribiendo estas líneas...

¡Muchas gracias a todos, compañeros y amigos!

Este proyecto se ha realizado gracias al soporte del Ministerio de Economía y Competitividad (PI12/01585) del Instituto de Salud Carlos III- Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación con Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Unión Europea.

Resumen

La aplicación de la evidencia científica disponible sobre la depresión mayor (DM) en la práctica clínica es compleja. Numerosos estudios muestran que más del 50% de los pacientes depresivos en Atención Primaria (AP) no reciben atención apropiada, o tratamientos eficaces. El proceso de difusión e implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) induce cambios modestos en la práctica clínica. Una versión computarizada e integrada en los registros clínicos electrónicos de AP de Cataluña de la adaptación de la GPC de la Depresión Mayor en el Adulto del SNS (GPC-DEPc), ofrece una oportunidad extraordinaria para mejorar los resultados.

Objetivos: Se evalúan los efectos de un proceso activo de implementación multifacética de la GPC-DEPc, mediante el análisis de su utilización y de los resultados clave en diagnóstico, adecuación y adherencia al tratamiento antidepresivo (AD), utilización de servicios especializados en Salud Mental y conductas suicidas.

Metodología: Se realiza un ensayo aleatorizado por conglomerados, multicéntrico, en diez centros de AP de Barcelona, coordinados con un mismo servicio de salud mental. En 5 centros la GPC-DEPc se implementa activamente y en otros 5 se realiza el proceso habitual y sirven como control. El proceso activo de cuatro meses incluye: formación interactiva, visitas de extensión educativa, auditoría con *feedback* regular y recordatorios periódicos. Analizamos la utilización de la guía para todos los pacientes con diagnóstico de DM antes de la implementación (T0) y durante seis meses tras inicio implementación (T1). Se revisan los cambios en el diagnóstico, uso de antidepresivos, de servicios especializados y conductas suicidas durante T0 y T1, comparando los centros controles y activos.

Resultados: En T1 la implementación multifacética de la GPC-DEPc se asoció con un aumento significativo en su uso en centros activos (52,7%±7,3% vs 4,1%±3,1%; $p<0,001$). También incrementan significativamente el diagnóstico de DM (cociente de tasas=1,56; $p<0,001$) y la proporción de DM moderada y grave (41,1% vs 13,6%; $p=0,002$). No se observaron diferencias significativas en términos de adecuación (χ^2 ; n.s. $p=0,29$) ni de adherencia al tratamiento AD recomendado por la Guía para los pacientes con DM moderada y grave entre los centros control y los centros activos (70,3% vs 74,8%; *t-Student*, n.s. $p=0,57$) en T1. Las derivaciones al especialista fueron superiores en los centros activos tanto al principio como al final del estudio. No se observan diferencias a los 6 meses en relación a la atención especializada en salud mental, visitas en urgencias y conductas suicidas.

Summary

The application of available scientific evidence on Major Depression (MD) in clinical practice is complex. Many studies show that more than 50% of depressed patients in Primary Care (PC) do not receive appropriate care, or effective treatments. The process of dissemination and implementation of Clinical Practice Guidelines (CPG) induces modest changes in clinical practice. A new computerized and integrated version in the electronic clinical records of PC of Catalonia, of a Major Depression CPG (GPC-DEPc), offers an extraordinary opportunity to improve results.

Objectives: To evaluate the effects of an active multifaceted implementation process of the CPG-DEPc, analyzing its use and the key results in diagnosis, adequacy and adherence to antidepressant treatments (AD), utilization of mental health specialized services and suicidal behavior.

Methodology: A multicenter cluster randomized trial was carried out in ten PC centers in Barcelona, coordinated by the same mental health service. In 5 centers, the CPG-DEPc is actively implemented and in another 5, the usual diffusion process is performed and serve as a control. The active four-month process includes: interactive training, educational outreach visits, regular feedback audit, and periodic reminders. We analyzed the use of the guide for all patients diagnosed with MD four-month prior to implementation (T0) and for six months after starting the implementation (T1). Changes in the diagnosis, use of antidepressants and specialized services and suicidal behaviors during T0 and T1 are reviewed, comparing the control and active centers.

Results: The multifaceted implementation of CPG-DEPc was associated with a significant increase in use in active centers (52.7% + 7.3% vs. 4.1% + 3.1%, $p < 0.001$) in T1. The process also significantly increases the diagnosis of MD (rate=1.56, $p < 0.001$) and the proportion of moderate and severe MD (41.1% vs 13.6%, $p = 0.002$). No significant differences were observed in terms of adequacy (χ^2 ; n.s., $p=0.29$) or adherence to AD treatment recommended by the Guideline for patients with moderate and severe MD between control centers and active centers (70.3 % Vs 74.8%, *t-Student*, n.s., $p=0.57$) in T1. Referrals to the specialist were higher in the active centers at the beginning and at the end of the study. There were no differences at 6 months in relation to specialized mental health care, emergency visits and suicidal behavior.

Índice

Agradecimientos.....	7
Resumen.....	9
Lista de abreviaturas, tablas y figuras.....	15
Capítulo 1: Introducción.....	19
1.1 Depresión en Atención Primaria.....	19
1.2 Guías de Práctica Clínica de depresión.....	25
1.3 Barreras y facilitadores para el uso de GPC.....	34
1.4 Estrategias de Implementación de GPC y efectividad de los métodos de implementación.....	42
Capítulo 2: Justificación del proyecto.....	55
Capítulo 3: Desarrollo del proyecto.....	57
3.1 Desarrollo de la Guía de Práctica Clínica de la Depresión Informatizada en Catalunya.....	57
3.2 Desarrollo del plan de implementación de la Guía.....	62
3.2.1 Identificación de barreras y facilitadores para la implementación de Guía de Práctica Clínica de Depresión informatizada.....	64
3.2.2 Revisión sistemática y metaanálisis (1996 - 2012): Implementación de Guías de Práctica Clínica de Depresión: efecto en la adherencia de los profesionales y en los resultados clínicos en pacientes.....	73
3.2.3 Programa de implementación.....	105
Capítulo 4: Hipótesis y objetivos.....	115

Capítulo 5: Metodología.....	117
5.1 Tipo de investigación y diseño del estudio.....	117
5.2 Población de estudio.....	119
5.3 Variables de estudio.....	119
5.4 Implementación activa	123
5.5 Extracción y administración de los datos.....	124
5.6 Análisis de los datos.....	125
Capítulo 6: Resultados.....	129
Capítulo 7: Discusión.....	145
Capítulo 8: Conclusiones	158
Bibliografía.....	159
Anexos.....	173

Lista de abreviaturas

ABS	Áreas Básicas de Salud
AD	Visitas de extensión educativa, <i>educational outreach o academic detailing</i>
AGREE	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Colaboration
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AP	Atención Primaria
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CQI	Proceso de mejora continua (continuous quality improvement)
CIDI	Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional
CIE 10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión
DASMAP	Detecció i Avaluació de Problemes de Salut Mental a l'Atenció Primària de Salut
DM	Depresión mayor
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición
EAAG	Escala de Evaluación de la Actividad Global
EAPS	Equipos de Atención Primaria
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
e-CAP	Estación Clínica de Atención Primaria
ECCS	Ensayos clínicos controlados
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
ESEMED	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
GLIA	Guideline implementability Appraisal
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPC-DEPc	Guía de Práctica Clínica de depresión informatizada
GPC-DEP-Cat	Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult.

Lista de Abreviaturas

ICS	Instituto Catalán de la Salud
ISRS	Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NICE	National Institute for Health Care and Clinical Excellence.
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
PHQ-9	Cuestionario sobre la Salud del Paciente - 9
PPC	Estudios de diseño controlado pre-post
SADC	Sistemas de apoyo a las decisiones clínicas
SIDIAP	Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SM	Salud Mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TICs	Tecnologías de la información y comunicación
TMAP	The Texas Medication Algorithm Project

Lista de Tablas

Nº Tabla		Página
1	Intervenciones habitualmente utilizadas para la implementación de GPC	45
2	Resumen de la efectividad de diversas intervenciones para implementar GPC	50
3	Efectividad de las estrategias de implementación	51
4	Datos sociodemográficos de los médicos encuestados	66
5	Resultados de la encuesta de opinión general sobre GPC	67
6	Barreras para el uso de las GPC en el centro de trabajo	69
7	Barreras identificadas en la encuesta	72
8	Agentes facilitadores identificados en la encuesta	72
9	Revisión sistemática de estudios de implementación de GPC de Depresión (1996-2012): objetivo, método, resultados y conclusiones	74
10	Términos de la búsqueda utilizados en PubMed	75
11	Características de los estudios y resultados de los estudios incluidos en la revisión sistemática	88
12	Riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la revisión sistemática	94
13	Resumen de los tamaños del efecto de los estudios individuales: dicotómicos y continuos	96
14	<i>Odds Ratio</i> de los estudios individuales y <i>Odd Ratio</i> global.	97
15	Acciones incluidas en la intervención multifacética del plan de implementación de la GPC-DEPc	106
16	Intervenciones para abordar barreras identificadas	107
17	Indicadores utilizados en el feedback mensual a los profesionales de los centros de implementación activa	110
18	Ejemplo de mensaje de recuerdo utilizado en el estudio	111
19	Composición de equipo local de implementación de la Guía	111
20	Relación de Áreas Básicas de Salud del Vallés Occidental Este	117
21	Distribución aleatorizada de los centros controles y activos en cada uno de los conglomerados	118
22	Listado de indicadores analizados en T0 y T1	122
23	Relación de variables analizadas por paciente	122
24	Número de usos de la GPG-DEPc durante T0 (basal)	130
25	Uso de la GPC-DEPc en pacientes con DM durante T0 (Basal)	131
26	Número de usos de GPC-DEPc durante T1	132
27	Uso de GPC-DEPc en T1 (6meses)	133
28	Incidencia de pacientes con diagnóstico de DM durante T0 (basal)	134

Nº Tabla		Página
29	Incidencia de pacientes con diagnóstico de DM durante T1 (6 meses)	135
30	Proporción pacientes con diagnóstico de DM moderada-grave durante T0 (basal)	136
31	Proporción pacientes con diagnóstico de DM moderada-grave durante T1 (6 meses)	137
32	Adecuación del tratamiento en T0	138
33	Adecuación del tratamiento en T1	139
34	Adherencia al tratamiento en T0 (basal)	139
35	Adherencia al tratamiento antidepresivo en T1	140
36	Comparación de derivaciones C. Controles vs C. Activos en T0	141
37	Comparación de derivaciones C. Controles vs C. Activos en T1	141
38	Comparación de urgencias psiquiátricas C. Controles vs C. Activos en T0	142
39	Comparación de urgencias psiquiátricas C. Controles vs C. Activos en T1	142
40	Comparación de ingresos psiquiátricos C. Controles vs C. Activos en T0	142
41	Comparación de ingresos psiquiátricos C. Controles vs C. Activos en T1	142
42	Comparación de Tentativas de Suicidio C. Controles vs C. Activos en T0	143
43	Comparación de Tentativas de Suicidio C. Controles vs C. Activos en T1	143

Lista de Figuras

Nº Figura		Página
1	Pantalla del e-CAP con las GPC integradas	58
2	Difusión de la nueva GPC-DEPc en e-CAP	60
3	Resultados de la búsqueda: número de los estudios incluidos y excluidos y las razones de las exclusiones	80
4	Diagrama de bosque según el modelo de efectos aleatorios para los estudios de adherencia a las GPC incluidos en el metanálisis	98
5	Cronograma de actividades del plan de implementación de la GPC-DEPc.	113
6	Intervenciones realizadas en Centros Control y Activos.	124
7	Uso de GPC-DEP en pacientes con DM durante T0 (Basal)	131
8	Uso de GPC-DEP en T1 (6 meses)	133
9	Tasa de incidencia mensual de DM x 1000 pacientes activos y mes durante T0 (basal)	134
10	Tasa de incidencia mensual de DM x 1000 pacientes activos y mes en T1	135
11	Porcentaje diagnósticos DM Moderada grave en T0 (basal)	136
12	Porcentaje diagnósticos DM Moderada grave en T1	137

Capítulo 1: Introducción

1.1. Depresión en Atención Primaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es previsible que, en el año 2020, la depresión sea la segunda causa más común de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares (Murray CJ y López AD, 1997). La depresión es uno de los problemas de salud que supone una mayor carga de morbilidad porque se asocia a una alta prevalencia y un elevado impacto sobre la calidad de vida de las personas que la sufren, impacto que, además, se extiende en el entorno familiar, social y laboral y alcanza al propio sistema sanitario (López et al., 2006).

En un estudio de la OMS de más de 240.000 personas en 60 países, la depresión demostró estar asociada con una mayor disminución en la calidad de la salud en comparación con otras enfermedades crónicas. Hay que tener en cuenta que las puntuaciones de salud empeoraron cuando la depresión fue una condición comórbida. La prevalencia de pacientes con enfermedad física crónica que presentaba un trastorno depresivo se ha llegado a situar entre un 9.3% y un 23.0% (Moussavi et al., 2007).

Según datos del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), estudio epidemiológico llevado a cabo en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4.0% en nuestro país, siendo la prevalencia vida de un 10.6% (14,4% en mujeres y 6,2% en varones), con una edad de inicio más temprana y altas tasas de comorbilidad y cronicidad (Gabilondo et al., 2010).

En Europa, los médicos de familia son los profesionales que más visitan las personas que padecen problemas de salud mental (Kovess-Masfety et al., 2007). La puerta de entrada en el sistema sanitario español, la constituye la Atención Primaria (AP), de manera que la mayor parte de los pacientes que perciben cualquier problema de salud, incluyendo la salud mental, son

atendidos en primera instancia por el médico de AP. Además, la mayoría de los pacientes que posteriormente son atendidos en el nivel de la atención psiquiátrica especializada provienen de la AP.

Según el estudio DASMAP (Serrano-Blanco et al., 2010), el 71% de las personas que padecen algún trastorno mental en los últimos 12 meses realizan el tratamiento exclusivamente en los servicios de Atención Primaria (AP), mientras que el 28,8% consultan también a los servicios especializados de Salud Mental. Según este estudio, la depresión mayor (DM) es el trastorno mental específico más frecuente en AP, con una prevalencia anual del 9,6%.

Como veremos, la depresión es muy frecuente entre la población consultante de Atención Primaria. Pero la accesibilidad de los pacientes con depresión al sistema sanitario, no asegura que sean diagnosticados, tratados y seguidos adecuadamente en AP de acuerdo con la evidencia disponible.

En el estudio Predict-D España se encontró que el 14% de los pacientes que eran atendidos en Atención Primaria (18-75 años) presentaban DM según los criterios del DSM-IV (Bellón et al., 2008) La prevalencia-incidencia de depresión se estimó usando la sección de depresión de la CIDI (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional).

Otros estudios realizados en España han encontrado resultados similares con 14,3% de prevalencia de DM detectada en Atención Primaria en Tarragona (Aragonés et al., 2004).

La literatura señala dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión en AP: el infradiagnóstico, es decir, el no ser capaces de diagnosticar depresión en personas que realmente sufren el trastorno, y el sobrediagnóstico, que lleva a diagnosticar depresión en personas que realmente no la sufren.

Según algunos estudios, los médicos de Atención Primaria no reconocen la DM en aproximadamente la mitad de los pacientes que la padecen (Williams et al.,

2002; Fernández et al., 2010a). Además, nos encontramos con las dificultades de la comorbilidad. En el estudio de Klinkman, más del 80% de los pacientes con depresión atendidos en AP presentaban una comorbilidad médica (Klinkman, 2003).

Un meta-análisis de 37 estudios sobre la capacidad de los médicos de familia para detectar la depresión sin consultoría ni apoyo adicional (Mitchell et al., 2009), sugiere que los médicos de familia son capaces de descartar la depresión en la mayoría de las personas que no están deprimidas con razonable exactitud, pero pueden tener dificultades para diagnosticarla en los casos verdaderos -la incidencia de falsos positivos fue mayor a la de falsos negativos-. Los médicos de AP identificaron correctamente la depresión sólo en el 47.3% de los casos y registraron la depresión en sus notas tan sólo en el 33.6%.

En el estudio epidemiológico de Fernández et al. (2010a), encontraron que el porcentaje de personas con depresión correctamente diagnosticadas en AP fue tan sólo del 22% y que únicamente un cuarto de los casos diagnosticados como depresivos fueron “casos reales”. Por otra parte, el porcentaje de aciertos se incrementó en este estudio hasta un 40% cuando se tuvieron en cuenta no sólo el diagnóstico de DM, sino también la presencia de otros trastornos depresivos como la distimia.

Otros estudios, sin embargo, sugieren que la depresión clínicamente importante, con intensidad de moderada a grave, es detectada por los médicos de familia en consultas posteriores gracias a la relación longitudinal médico-paciente (Kessler et al., 2003; Thompson et al., 2000). Por otra parte, las formas más leves de depresión, que con mayor probabilidad tendrán una recuperación espontánea, son las que no van a ser detectadas ni tratadas. (Kessler et al. 2003; Thompson et al., 2000; Aragonés et al., 2004).

La realización de un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico de la depresión desde los servicios de AP se ha convertido en un aspecto fundamental, no sólo para la mejora de la salud de los propios pacientes, sino

también de cara a reducir el impacto tanto social como económico que puede llegar a acarrear.

La atención habitual para la depresión en el entorno de AP ha dado como resultado que sólo aproximadamente la mitad de los adultos deprimidos reciban tratamiento apropiado (Kessler et al., 2005). Young et al. (2001) detectaron que en EEUU sólo 1 de cada 5 pacientes con trastorno depresivo o de ansiedad recibió tratamiento adecuado en la práctica de atención primaria.

En las consultas de AP las tasas de incumplimiento o de abandono precoz de las prescripciones de antidepresivos son altas y, además, el seguimiento clínico de la evolución del paciente deprimido una vez instaurado el tratamiento, a menudo es escaso e inadecuado. De manera que con mucha frecuencia se pierde la oportunidad de monitorizar el cumplimiento terapéutico y la evolución clínica, impidiendo la implementación de medidas para incrementar la adherencia al tratamiento o para ajustar o modificar tratamientos ineficaces.

Según el estudio DASMAP (Fernández et al., 2010a), aunque el porcentaje de pacientes depresivos adecuadamente identificados y registrados en AP fue del 21%, hasta el 55% recibían un tratamiento adecuado conforme con las recomendaciones de las guías clínicas. La adecuación del tratamiento estaba asociada a realizar al menos una visita con el especialista en salud mental y con la intensidad sintomática. Por otra parte, el 27% de los casos diagnosticados con trastornos depresivos no habían recibido ningún tratamiento con psicofármacos, con una asociación inversa con la gravedad y repercusión funcional.

En el estudio de Menchetti et al. (2009), y posteriormente el de Joling et al. (2011), el porcentaje de pacientes a los que se les había detectado depresión mediante un test estandarizado que estaban recibiendo tratamiento antidepresivo prescrito por su médico de AP era de tan solo el 30 y el 40%, respectivamente.

Otra dificultad a tener en cuenta es el reconocimiento del impacto de la cultura y las diferencias culturales en la salud física y mental. Hay evidencia de que los grupos raciales y culturales no mayoritarios en los Estados Unidos tienen menos probabilidades de ser tratados por depresión que los europeos. En un estudio epidemiológico que comparó las tasas de diagnóstico y tratamiento de la depresión a principios de los años noventa con seguimiento 10 años después, sólo el 4,9% de las minorías fueron tratados con antidepresivos en comparación con el 12,4% de los caucásicos no hispanos (Mojtabai R y Olfson M; 2008).

Para asegurar una identificación y un tratamiento más agresivo del trastorno depresivo mayor en los entornos de atención primaria, la *US Preventive Services Task Force* (2009) recomienda el cribado universal de depresión en AP siempre y cuando se asocie a una confirmación posterior del diagnóstico y a un adecuado tratamiento y seguimiento. A su vez, no recomienda el cribado cuando no se garantice un seguimiento posterior.

En la actualidad, no existen resultados concluyentes que confirmen la utilidad de cribar a todos los pacientes de AP. La NICE (*National Institute for Clinical Excellence*, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido ,2009) considera que solo debería realizarse en poblaciones de alto riesgo específicas, concretamente señala aquellos casos con una historia anterior de depresión o enfermedades físicas crónicas con dificultades funcionales asociadas.

Un estudio realizado en EEU con médicos de AP, observó que los médicos que se adhieren a las directrices basadas en la evidencia sobre el tratamiento de la depresión de sus pacientes, obtenían una mayor disminución de síntomas y un menor riesgo de depresión persistente (Hepner et al., 2007).

Estos resultados de investigación sobre los servicios sanitarios ponen de manifiesto la distancia actual entre los resultados de la evidencia disponible y práctica clínica habitual (Grol R, 2003), lo que impide beneficiarse de los resultados de la investigación a una buena parte de los pacientes depresivos.

La existencia de una gran variabilidad en la práctica clínica, las dificultades para hacer accesibles tratamientos eficaces que mejoren los resultados en salud, la presión por optimizar el uso eficiente de los recursos y el que se favorezca la continuidad terapéutica y asistencial, justifican la necesidad de desarrollar herramientas de ayuda en la toma de decisiones clínicas como son las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia.

Durante las dos últimas décadas, el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se presenta como un conjunto complejo de posibles actuaciones, desde monoterapias con nuevos antidepresivos hasta una amplia variedad de posibles combinaciones de fármacos, con niveles muy variables de apoyo experimental.

En respuesta a las grandes variaciones en la práctica y con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento, -favoreciendo un punto de encuentro entre la investigación y la práctica clínica-, en los años 90 comenzaron a establecerse GPC para pacientes con depresión tanto en el marco de la AP como la realizada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1993a; 1993b) como en el nivel especializado de salud mental.

Una evidencia abrumadora demuestra que el tratamiento diario de la depresión en la atención primaria está muy por debajo de lo recomendado por todas las guías de práctica. Un porcentaje alto de pacientes con depresión moderada o grave no son reconocidos ni tratados (Fernández et al., 2010a). De los pacientes que inician la farmacoterapia, sólo la mitad recibe una dosis y duración adecuada del tratamiento en fase aguda, y menos del 25% reciben un seguimiento mínimamente adecuado (Simon et al., 2001).

1.2. Guías de Práctica Clínica de Depresión

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un elemento cada vez más común dentro de la atención de la salud en todo el mundo. Comenzaron a ser elaboradas por las agencias gubernamentales y sociedades científicas en los años 80 en respuesta a la preocupación creciente por la amplia variabilidad detectada en la asistencia clínica y para la aplicación más segura de la innovación biomédica (Weisz et al., 2007).

Las GPC se pueden definir como un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes (IOM Institute of Medicine, 2011)

Su finalidad primordial es la de ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, basándose en la evidencia científica disponible, los problemas que surgen diariamente con los pacientes.

Con el uso de las GPC se pretende mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuentes, basando las recomendaciones en la mejor evidencia científica disponible.

Las guías son herramientas valiosas en situaciones donde la evidencia científica es escasa, donde hay múltiples terapias disponibles o donde existe incertidumbre en términos de opciones de tratamiento. Desde esta perspectiva, las recomendaciones de las GPC permiten ofrecer el mejor cuidado disponible, y en la mayoría de las ocasiones, realizan consideraciones de costo efectividad y análisis de equidad, con el propósito de mejorar los estándares de salud de los pacientes.

Los sistemas de salud de muchos países han invertido e invierten, recursos importantes en el desarrollo e implementación de GPC, con la justificación de que estas aumentarán la cantidad de información accesible sobre la mejor evidencia clínica, y con ello llegarán a promover acciones más eficientes y

costo-efectivas en salud. Por este motivo las guías surgieron con fuerza, sobre todo en la cultura anglosajona, cobrando un papel relevante en las últimas dos décadas como herramientas de apoyo y mejora en la práctica clínica habitual. En el Reino Unido, la NICE y la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), así como en los Estados Unidos el *National Guideline Clearinghouse*, al igual que otras agencias de salud en el mundo, se establecieron para desarrollar GPC.

En España se creó en el año 2002, GuíaSalud, un organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad. Entre sus funciones se encuentra la promoción del desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Las GPC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones que tienen un beneficio probado y desaconsejando las intervenciones inefectivas. Sin embargo, a pesar de estas potenciales ventajas, numerosos estudios basados demuestran un bajo cumplimiento de las recomendaciones contenidas en GPC realizadas por asociaciones de profesionales o por las administraciones sanitarias, tanto para condiciones de salud agudas como crónicas.(Grimshaw J y Eccles M, 2004; McGlynn et al., 2003 ; Francke et al., 2008)

La elaboración y publicación de una GPC basada en la evidencia no significa su implantación automática. Con frecuencia se supone que el mero hecho de suministrar información en una forma accesible, influenciará la práctica clínica, sin embargo, cada vez hay mayor conciencia respecto a que el simple acto de suministrar información, no necesariamente se reflejará en cambios adecuados en el desempeño clínico profesional.

Es necesario que las guías se integren en la práctica clínica habitual para conseguir una mejora en la atención a los pacientes, y trasladar el conocimiento teórico expresado en las recomendaciones de las GPC a las decisiones que se toman frente al paciente y a las acciones adoptadas en situaciones clínicas definidas. Esta integración implica un proceso de cambio en la práctica clínica y, como tal, es complejo y depende de múltiples factores.

Durante los años 90, el énfasis se ha puesto en la producción de GPC de calidad, y los esfuerzos se han centrado casi exclusivamente en la producción de guías. En los últimos años se ha reconocido que siguen existiendo los mismos problemas en la práctica clínica, que no se ajustan a las recomendaciones basadas en la evidencia, y esto a pesar que los clínicos tienen, en general, buena actitud hacia las GPC.

La mayoría de las GPC se han publicado en artículos y/o como monografías especializadas. En ambos casos el impacto en la práctica clínica es moderado o escaso (Weinmann et al., 2007), por desconocimiento de los profesionales (Fernández et al., 2010b), por existencia de barreras organizativas (Mitchell et al., 2011) o porque no son accesibles durante la prestación de la asistencia (Grimshaw et al., 2004; Grol R y Grimshaw J, 2003).

Una de las estrategias para mejorar el acceso y aumentar el uso de las guías es el cambio de formato de papel. En este sentido, cada vez adquiere más importancia la necesidad de la informatización de las guías y su integración con los registros clínicos electrónicos (Sonnenberg FA y Hagerty CG, 2006).

La evolución tecnológica en la última década ha impulsado extraordinariamente la producción de GPC informatizadas. Existe limitada evidencia respecto a su eficacia para mejorar la implementación de las recomendaciones en la práctica clínica diaria, aunque algunos estudios han puesto de manifiesto que estos sistemas pueden contribuir a mejorar la interacción de la evidencia científica con la información que reciben los pacientes.

Las guías informatizadas pueden ser más específicas y personalizar las recomendaciones para cada paciente. Las GPC integradas en el registro electrónico del paciente, pueden emitir alarmas y recordatorios sobre la gestión de ese paciente en particular. Las pautas basadas en sistemas informáticos pueden, hasta cierto punto, ser verificadas automáticamente para descubrir posibles errores. De esta manera se puede evaluar la calidad de las directrices y recomendaciones adoptadas. Además, el cumplimiento de las directrices puede comprobarse mediante métodos formales.

Para que las GPC consigan incorporarse realmente al trabajo diario y conseguir su integración en la historia clínica electrónica mejorando el rendimiento de los profesionales, se han desarrollado diversos sistemas de apoyo a las decisiones clínicas (SADC), definidos como «herramientas diseñadas para apoyar las decisiones clínicas, en las que se generan recomendaciones según las características de los pacientes». (Lobach et al., 1012)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto un incremento de la adherencia a las recomendaciones de GPC y mejora en los resultados en salud mediante el empleo conjunto de SADC y la historia clínica electrónica. (Latoszek-Berendsen et al., 2010).

Kurian et al. (2009) compararon el empleo de SADC con la atención habitual en AP para pacientes con trastorno depresivo utilizando como medida la mejora de los pacientes. La utilización de SADC fue superior en la reducción de síntomas depresivos, con mayor respuesta clínica y mayor tasa de remisión del episodio.

En una revisión sistemática cualitativa, Shiffman et al. (1999) puso de relieve un mayor efecto de las GPC computarizadas frente a los sistemas no electrónicos. Debido a la falta de estudios que contenían una evaluación cuantitativa, la investigación se centró en una revisión sistemática de la literatura disponible sobre el impacto de diferentes guías informatizadas en el proceso de atención al paciente en comparación con directrices clínicas no informatizadas. En este estudio no sólo valoraron guías, sino que incluyeron otras pautas como las instrucciones en papel, consulta *peer-to-peer* y experiencias previas.

La revisión sistemática de Damiani et al. (2010), evalúa el impacto de guías informatizadas en el proceso de atención de pacientes adultos (> 18 años) en comparación con otras recomendaciones clínicas no informatizadas, (como son las instrucciones en papel, consulta *peer-to-peer* y experiencia previa). Las conclusiones fueron que la implementación de guías informatizadas produce mejoras significativas en el proceso de atención al paciente. Estos sistemas están diseñados para proporcionar un apoyo automático en tiempo real a los

médicos, en su consulta diaria. Proporcionan apoyo en la tarea clínica o administrativa y recomiendan una acción y/o evitan un proceso superfluo en el momento mismo de la consulta, facilitando la toma de decisiones, y la selección más apropiada a partir de un conjunto de posibles alternativas en base a criterios específicos ya definidos.

El efecto positivo podría estar relacionado con el ahorro de tiempo de los médicos, la facilidad de acceso a la información y la integración de las actuaciones de los diferentes usuarios. Los hallazgos de este trabajo sugieren que las características que presentan las guías informatizadas podrían mejorar la estructura del sistema electrónico de los centros sanitarios, siendo de utilidad para los clínicos y también para los gestores.

Por lo tanto, debemos considerar que minimizar el tiempo dedicado a la consulta de la GPC es crucial cuando se intenta mejorar su uso en la práctica diaria.

Triñares et al. (2015), revisó la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los SADC en el manejo clínico de la depresión. En esta revisión sistemática se ha evaluado el impacto de los SADC aplicados al manejo clínico de la depresión, observándose un impacto positivo sobre el cribado y diagnóstico, el tratamiento y la derivación del paciente a salud mental (Rollman et al., 2001; Williams et al., 2011; Gill et al., 2012).

El uso de estos sistemas de apoyo a la toma de decisiones también se ha asociado a la reducción significativa de los síntomas de depresión (Kurian et al., 2009) y al aumento en el nivel de calidad de vida (Thomas et al., 2004) Sin embargo, la evidencia actual es limitada, por lo que es necesario profundizar en el impacto real de estos sistemas en la práctica clínica y, especialmente, en aquellas cuestiones que pueden afectar a su implementación.

El efecto de las GPC y de las GPC informatizadas depende de la implementación apropiada para cualquiera de los dos tipos de guía. Los datos actuales sobre investigación coinciden que el reto actual está en la implantación o implementación de las guías, es decir, en que los profesionales

y las organizaciones sean capaces de usarlas en las decisiones diarias y en la gestión de forma significativa (Grimshaw J y Eccles M, 2004).

Queda patente que tan importante como el proceso de desarrollo de las GPC, debe ser su implementación, pues si no se lleva a cabo de la forma adecuada no se observarán los resultados clínicos esperados, perdiéndose el esfuerzo académico y económico que implica desarrollar una GPC. Por muy excelente que sea una GPC, si no se utiliza suficientemente se priva a los pacientes de sus potenciales beneficios.

Respecto a los estudios realizados en guías psiquiátricas, está claro que deben de ser consideradas como herramientas potencialmente muy útiles, pero como en las demás guías, la diseminación pasiva raramente produce cambios en la conducta de los profesionales (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009; Mitchell et al., 2011; Fernández et al., 2010b; Trivedi et al., 2004). Hasta la fecha, encontramos que son limitadas las evidencias sobre los beneficios de la implementación de guías psiquiátricas específicas en la rutina clínica (Weinmann et al., 2007). Algún ensayo ha señalado, además, el riesgo de efectos negativos en algunos casos de aplicación de GPC de depresión (Linden et al., 2008).

Centrándonos en el trastorno depresivo, a lo largo de estos últimos años se han publicado numerosas GPC para el manejo de la depresión en el Adulto a nivel internacional (NICE, APA, CANMAT...) y también en nuestro entorno (Sistema Nacional de Salud, Departament de Salut de Catalunya...) que han supuesto un costoso esfuerzo de revisión y de desarrollo. Sin embargo, no contamos por el momento con evidencias suficientes sobre el impacto en la práctica clínica de estos instrumentos potencialmente muy valiosos. No parece probable que la mera difusión de las GPC de depresión, ya sea en formato de texto o a través de su acceso más fácil a través de internet, pueda mejorar más que modestamente la situación actual de la asistencia a los pacientes depresivos y, además, que pueda mantenerse en el tiempo (Weinmann et al., 2007)

Las primeras directrices clínicas basadas en la evidencia respecto al trastorno depresivo, están disponibles desde hace más de dos décadas tras la declaración de consenso del Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists en 1992 (Paykel y Priest, 1992).

La primera GPC basada en la evidencia para el tratamiento de la depresión en la Atención Primaria fue publicada por la AHCPR en el año 1993.

En ese mismo año también publicó la American Psychiatric Association (APA) la guía de la depresión mayor en el adulto. Es la guía oficial y de referencia de la Psiquiatría Americana, cuyo objetivo general es orientar al psiquiatra, al médico de familia y a otros especialistas en mejorar el tratamiento de la depresión. En la elaboración de la guía participan un grupo de psiquiatras expertos de todo el territorio norteamericano. Este grupo realiza las propuestas de tratamiento basadas y clasificadas según las evidencias científicas.

Más tarde, en el año 1996, la OMS publicó la guía para los trastornos mentales en la Atención Primaria.

La NICE es un organismo público independiente que proporciona orientación y asesoramiento nacional para mejorar la salud y la atención social en Inglaterra. La guía NICE ofrece recomendaciones basadas en evidencia hechas por comités independientes sobre una amplia gama de temas. En el año 2004, publicó las pautas para el manejo de la depresión en adultos (NICE, 2004). La guía fue desarrollada por el Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental gracias a un grupo de expertos, psiquiatras, médicos de primaria, economistas, psicólogos y una representación de los pacientes. En las revisiones posteriores se edita una guía completa, una abreviada y una página web para mejorar su accesibilidad. Es una guía metodológicamente muy rigurosa y completa que se revisa regularmente. Después de la fecha de emisión, se ha reeditado en 2009 con la última actualización realizada en abril 2016.

Propone un planteamiento de la gestión de la depresión como un proceso secuenciado y continuo desde la Atención Primaria a la especializada, Incorpora el modelo de “*stepped care*”, que propone que el paciente sea

atendido en el nivel más eficiente y adecuado, dependiendo de su estado clínico y complejidad, con la flexibilidad y fluidez necesarias.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) es una organización científica y educativa sin fines de lucro fundada en 1995. En el año 2009 publicó una guía para el tratamiento del trastorno depresivo (Kennedy et al., 2009). El método utilizado equilibra la revisión sistemática de la evidencia con la opinión de expertos de consenso por parte de clínicos experimentados. En el año 2016 se ha publicado en la Revista Canadiense de Psiquiatría una importante revisión de las directrices anteriores.

En nuestro país, la puesta en marcha del Programa de Guías de Práctica Clínica en el SNS en el año 2006 supuso un salto cualitativo en el desarrollo de GPC. Se publica en el año 2008 la **Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto**, incluida en el programa de Guías Salud del Ministerio de Salud y Consumo. La guía formula sus objetivos en forma de dar respuesta a una serie de preguntas sobre detección, prevención y tratamiento de la depresión y realiza unas recomendaciones secuenciadas en función del tipo de depresión según sea leve moderada o grave.

Con la actualización del año 2014, además de la incorporación de la nueva evidencia existente sobre estrategias diagnósticas y terapéuticas, se incorpora el planteamiento del modelo de atención escalonado y de colaboración entre Atención Primaria y especializada. Además, se ha incluido un apartado sobre la implementación de recomendaciones de manejo de la depresión en la historia clínica electrónica.

Para mejorar el abordaje del trastorno depresivo en Cataluña, durante el año 2010, el *Pla Director de Salut Mental* promovió –entre otras medidas- la elaboración de una **Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult**. (GPC-DEP-Cat). Esta adaptación permite la adecuación de las recomendaciones de la guía nacional a la estructura y organización de los servicios asistenciales catalanes, y aunque sea anterior a la actualización de la GPC del SNS del año 2014, en

esta Guía ya se incorpora el modelo asistencial integrado entre Atención Primaria y Salud Mental especializada.

Sin embargo, ya se ha reflejado que existen importantes dificultades para que las guías cambien la praxis médica y se apliquen significativamente sus recomendaciones. Por este motivo, se desarrolló un programa de adaptación de la GPC-DEP-Cat mediante tecnologías de la información y comunicación (TICs) que permite disponer de una Guía integrada y accesible en el sistema de información clínica electrónica de la Atención Primaria (e-Cap).

Ante la diversidad de GPC de depresión, Martín-López et al. (2011) realizaron un análisis comparando las guías de tratamiento de la depresión con mayor difusión que incluían la consulta de Atención Primaria. Las guías se comparan aplicando el instrumento «*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Collaboration*» (AGREE). Del análisis se desprende que las guías presentan más similitudes que diferencias y la evaluación global es que todas las guías son recomendables con alguna condición.

Las diferencias se hallan en las dimensiones de rigor y la participación de los implicados. En el rigor de la elaboración se destaca que la guía NICE y la del SNS son las que se ajustan al método de formulación basado en la evidencia, considerando aspectos de composición del panel de expertos, protocolización del sistema de identificación y formulación jerárquica sobre el nivel de evidencia. La guía de la APA tiene como punto débil la ausencia de médicos generalistas en el grupo de trabajo.

Las guías NICE y SNS destacarían por tener muy presente el proceso de continuidad entre la intervención en primaria y la especializada. Los autores concluyen que la mejor opción sería elegir una guía y adaptarla en función del entorno, por ejemplo, iniciar el proceso trabajando con un equipo de primaria de un territorio y una vez integrada en la práctica clínica habitual hacerla extensiva a todo el territorio.

Aunque la guía CANMAT produce resúmenes breves para los profesionales de atención primaria, no estaba valorada en este estudio.

1.3. Barreras y Facilitadores para el uso de Guías de Práctica Clínica

Un proceso necesario para favorecer el uso de las guías clínicas en la práctica real pasa por la identificación de posibles barreras y factores facilitadores, el planteamiento de objetivos claros y definidos y el establecimiento de métodos o estrategias adaptadas al entorno y a los problemas que se hayan identificado. Field y Lohr (1992), ya destacaban que las “*guías de práctica clínica no se implantan solas*” y que, si se quiere que una guía sea efectiva, el proceso de implantación debe ser consistente y bien planificado.

La identificación previa de posibles barreras que pueden dificultar el cambio y de los factores que influyen en la práctica profesional habitual, pueden ayudar a diseñar las intervenciones más adecuadas para realizar la implementación de la guía con éxito en un contexto específico.

Las *barreras y los agentes facilitadores* pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. En el caso de las GPC se concreta este cambio en el grado de adherencia a sus recomendaciones (Cabana et al., 1999; Shaw et al., 2007).

Existen diferentes propuestas de clasificación y de marcos teóricos para el estudio de barreras y agentes facilitadores. En general todas ellas incluyen elementos similares.

Grol y Grimshaw (2003) proponen clasificar las *barreras* en relación con:

- El/la profesional sanitario/a: incluyendo el conocimiento, las creencias, habilidades y actitud del profesional.

Los profesionales pueden no utilizar una guía porque desconocen su existencia o carecen del conocimiento necesario para ponerla en práctica (problemas de conocimiento); no poseen las habilidades individuales o de equipo suficientes para implementar las recomendaciones (problemas de habilidades). También puede que no aprueben, en general, el uso de guías de práctica clínica, que perciban las experiencias individuales como más efectivas que las

recomendaciones, o incluso que tengan algún rechazo de la guía en particular (creencias y problemas de actitud).

-el contexto social: se incluyen las reacciones de los pacientes y de otros profesionales sanitarios.

En el caso de los pacientes, pueden surgir problemas de conocimiento de la guía, de habilidades suficientes para comprender las recomendaciones y seguir el consejo médico o problemas de actitud. Por ejemplo, los valores de los pacientes pueden diferir de los que refleja la guía o realizar demandas sobre un tratamiento determinado con el que no está de acuerdo, aunque la guía lo recomiende. Puede existir también oposición al cambio por parte de compañeros en el lugar de trabajo, reticencia de los propios jefes u otros miembros del equipo (por ejemplo, enfermería).

-el contexto organizativo, dónde se valora la estructura y recursos, incluidas medidas económicas.

Abarca desde la disponibilidad de las guías en el lugar de trabajo, la limitación de tiempo para la atención, la presión asistencial, hasta diversos factores de tipo económico: entre estos cabe destacar disponibilidad o no de recursos para implementar la guía, los cambios en los ingresos del profesional o posibles cambios en los costos directos para los pacientes.

Existen también aspectos intrínsecos a la propia guía como el formato, la extensión, el mismo contenido de la guía con existencia de recomendaciones complejas o el rigor metodológico con el que se ha desarrollado, que pueden afectar al proceso de implementación (Wensing et al., 2006).

Las barreras internas consisten en los impedimentos propios al desarrollo y la diseminación de las guías en una organización (SIGN, 2014).

Diversos estudios (Gravel et al., 2006), han demostrado que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las *cinco barreras* más importantes en orden de frecuencias son:

- el tiempo limitado,
- la imposibilidad de aplicabilidad real de la recomendación, debido a las características de los pacientes,

- la falta de aplicabilidad de la recomendación debido a la situación clínica,
- las preferencias de los propios pacientes, si están de acuerdo o en franca oposición y,
- el desacuerdo sobre consultar al paciente acerca de sus preferencias.

Como ya se ha comentado , aparte de la existencia de posibles barreras para la implementación de guías, también existen las *condiciones facilitadoras*, que son aquellas circunstancias que pueden afectar favorablemente el proceso y propiciar los cambios necesarios (Costa y Etxeberria, 2007). Se relacionan con situaciones o características propias de los pacientes, de la economía, de la educación, de la comunidad, de los profesionales sanitarios, del sistema de salud y de las políticas de salud.

Los estudios de Gravel et al. (2006), evidenciaron que las principales *condiciones favorecedoras* son la motivación de los profesionales de la salud y el reconocimiento por parte de los mismos de la importancia que tiene la toma de decisiones en salud de manera compartida con el paciente para el proceso clínico.

AGREE Collaboration (2003), es una organización que tiene como propósito mejorar la validez y efectividad de las GPC en todo el mundo. Uno de sus principales aportes consistió en la elaboración y validación de un instrumento genérico para la evaluación de GPC, el cual lleva el nombre de la misma Colaboración. Dicho instrumento ha sido traducido a múltiples idiomas, lo cual ha facilitado su disseminación y uso en todo el mundo.

El Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica AGREE, (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) es una herramienta que se desarrolló para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica, pudiendo ser de utilidad tanto a la hora de elaborar una nueva GPC como para valorar la validez de una guía que queramos revisar o adaptar. Fue revisado posteriormente y AGREE II (2009) reemplaza al instrumento original, incorporando dos dimensiones que valoran los elementos que pueden influir

sobre la implementabilidad de la guía. Por un lado, en un dominio se evalúa la *claridad de la presentación*, que incluye lenguaje, estructura y aspectos del formato y el dominio siguiente la *Aplicabilidad*; hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos. Cabe destacar que en las evaluaciones realizadas con AGREE uno de los dominios con puntuaciones más bajas es el de aplicabilidad, que no ha logrado mejorar con el paso del tiempo.

Una herramienta diseñada para ayudar en la elaboración de guías y orientar sobre las características que faciliten su implementación es el instrumento GLIA (*Guideline implementability Appraisal*). Permite revisar una GPC para mejorar las posibilidades de implementación. Fue elaborado en 2005 y actualizado a la versión 2.0 en 2011.

Contiene un grupo de características que predicen la facilidad potencial de implementación de la GPC para que tenga impacto en el sistema de salud. Se debe tener en cuenta que no evalúa la guía completa, evalúa cada recomendación expuesta en la GPC en forma independiente. Este instrumento está compuesto de 31 ítems: 7 de aplicación global, 20 para cada una de las recomendaciones y 4 opcionales relacionados con la implementación electrónica (si es que ésta se encuentra planeada en la guía). Se ha encontrado que GLIA ha sido exitoso en la identificación de barreras para la implementación (Shiffman et al., 2005). Otra característica del instrumento es que puede usarse durante el proceso de desarrollo de las GPC y durante el proceso de implementación, puesto que identifica defectos en las recomendaciones y barreras de implementación que pueden ser solucionadas a través de diferentes estrategias. Cuando una recomendación es sometida al cuestionario, si un ítem se responde negativamente, se asume una barrera en ese punto, que debe ser controlada con el fin de facilitar el proceso de implementación. El objetivo de GLIA es permitir una retroalimentación sobre la implementación de la guía, tanto a los autores de ésta, como a quienes la aplican en la práctica clínica real. Shiffman recomienda que el grupo elaborador de la GPC revise todas las recomendaciones antes de su publicación, difusión

o diseminación. Considera particularmente importantes dos dimensiones para poder ser aplicada en la práctica clínica: la ejecutabilidad “*executability*” -las recomendaciones comunican qué hacer- y la decisión “*decidability*” -las recomendaciones indican cuándo hacerlo-. Además, añade una categoría opcional, “*computability*” la informatización de la recomendación que indica la facilidad con que una recomendación podría ser operativa en un sistema de información electrónico.

Aparte de este instrumento, en la literatura se describen numerosas técnicas que son utilizadas para detectar las barreras y los factores facilitadores para la implementación de GPC. Sería conveniente considerarlos desde el momento en que se elige la GPC a implementar, de este modo se comienza a analizar la posibilidad de problemas de forma precoz y se puede llegar a intervenir a lo largo de todo el proceso.

Entre las técnicas de identificación de barreras para la implementación de las GPC, podemos enumerar: lluvia de ideas, estudios de casos, entrevistas, grupos focales, encuestas, técnica de grupo nominal, técnica Delphi y análisis de barreras. En ocasiones es necesario emplear más de una técnica. (National institute of clinical studies: INCS; 2006).

La identificación de barreras puede realizarse a través de estas técnicas cualitativas o por técnicas cuantitativas (encuestas para la medición de conocimiento, habilidades y actitudes respecto a una guía en particular) o una combinación de ambas técnicas por medio de métodos de triangulación. La evaluación del contexto local e identificación de barreras y de factores facilitadores, permite generar información necesaria para conducir la implementación de guías de una manera más efectiva y segura.

En nuestro medio, Fernández et al. (2010b) publicaron un estudio cualitativo descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a médicos de AP, psiquiatras y psicólogos para conocer su opinión sobre las GPC para la depresión en España. La metodología permite considerar sus resultados como válidos y generalizables a nuestro sistema sanitario. La

principal utilidad de las GPC, a juicio de los profesionales entrevistados, es que pueden agilizar la toma de decisiones y proporcionan mayor seguridad. De forma sorprendente, el principal inconveniente que ponían de manifiesto los profesionales, fueron las dudas sobre su objetividad (aunque fueran basadas en la evidencia) y muy especialmente, que no se consideraba que las recomendaciones pudieran aplicarse fácilmente a sus pacientes. Los médicos de AP no conocían, en el momento del estudio, ninguna GPC para la depresión. Los especialistas si las conocían, pero manifestaron que no las utilizaban habitualmente y que priorizaban su propia experiencia. Se detectaron pues, ideas erróneas sobre lo que es una GPC y cómo puede ayudar en la toma de decisiones en beneficio de los pacientes.

La conclusión de este estudio es que los procesos de implementación de una GPC, deben incluir una formación básica sobre lo qué es y lo que no es una GPC, subrayando los aspectos prácticos en los que puede ayudar al clínico a aplicar la mejor evidencia disponible en su práctica habitual, para reducir la variabilidad y mejorar los resultados en salud.

Una revisión sistemática de estudios cualitativos (Carlsen et al., 2007) centrada en conocer las actitudes y la experiencia de los médicos de Atención Primaria en el uso de GPC identifica seis grandes áreas:

1. Cuestionamiento de las GPC: el fundamento científico de las guías produce escepticismo entre los médicos, en concreto la validez externa de los resultados y su extrapolación a pacientes individuales
2. Contraste entre la práctica médica y las recomendaciones de las GPC: se perciben como instrumentos poco flexibles para evaluar la complejidad de las circunstancias individuales de los pacientes
3. Miedo a no poder preservar la relación médico-paciente
4. Responsabilidad profesional: aunque se considera que el seguimiento de una GPC puede proteger al médico de posibles procesos legales, muchos médicos prefieren seguir su propio criterio, en especial cuando se trata de guías que apoyan el recorte de pruebas diagnósticas o terapéuticas.

5. Aspectos prácticos: falta de tiempo para leer, evaluar y seguir las recomendaciones de las GPC, así como falta de recursos y de habilidades para aplicar con los nuevos procedimientos.
6. Formato de la GPC: determinante de la actitud del médico de atención primaria. Hay consenso sobre que deben ser cortas, sencillas e incluir folletos de información a pacientes.

En el resumen de esta revisión también se sugiere que el propósito de la guía puede influir en cómo es recibida y usada por el médico de atención primaria. Así, las guías de práctica clínica de tipo prescriptivo (las que animan a utilizar nuevas intervenciones o actitudes diagnósticas o terapéuticas) serían mejor recibidas por el clínico que las de tipo prohibitivo o restrictivo.

Posteriormente, Carlford et al. (2010), identificaron los factores más significativos que inhibían la implementación de GPC en unidades de AP: los cambios en la organización, la falta de personal, y la falta de tiempo y de recursos y apoyo.

Como puede observarse, las barreras que limitan el uso de una guía son sumamente variadas, razón por la cual es poco probable que exista una “intervención modelo”. Actualmente, se sugiere que la implementación de las GPC tendría una mayor probabilidad de ser efectiva cuando el diseño de la intervención se realiza sobre la base de la evidencia y de manera contextualizada, considerando aquellos factores locales que podrían actuar como barreras en el uso de la GPC (Grimshaw y Eccles, 2004) y considerando un abordaje sistemático en el diseño de intervenciones orientadas a la superación de las barreras y el aprovechamiento de los factores facilitadores (van Bokhoven et al., 2003)

No podemos olvidar algunos factores más específicos que influyen de forma concreta en alguna enfermedad determinada. Pongamos el ejemplo del trastorno depresivo: incluso si los médicos de AP están bien informados y dispuestos a brindar atención adecuada a la depresión, existen muchos factores que podrían dificultarlo como por ejemplo, las demandas de los

pacientes que solicitan un aumento de tiempo en consulta (Rost et al., 2000), las bajas tasas de adherencia al tratamiento recomendado (Lin et al., 2003), o la falta de apoyo práctico para administrar una herramienta de detección de casos de depresión. Estas situaciones pueden limitar la capacidad de los médicos para producir resultados favorables en su práctica diaria.

Una revisión de Nutting et al. (2002), mostró que los médicos de atención primaria creen que las barreras para un diagnóstico y tratamiento eficaz en la depresión se deben muy a menudo a factores relacionados con el paciente. Señalaron como las barreras más comunes a las que se enfrentaban para proporcionar tratamiento efectivo ciertas dificultades centradas en el paciente, como por ejemplo la resistencia al diagnóstico o tratamiento, el incumplimiento de las visitas y los problemas psicosociales.

1. 4. Estrategias de Implementación de Guías de Práctica Clínica y efectividad de los métodos de implementación

Después de la dificultad y el enorme trabajo que supone elaborar una GPC, nos enfrentamos a cómo hacer que sus recomendaciones se apliquen en la práctica clínica, es decir, cómo conseguir la implementación de la guía en condiciones reales. En este punto es cuando entran en juego las diferentes estrategias de implementación, que deben estar basadas en el conocimiento previo de los recursos disponibles, las barreras existentes y la evidencia lograda sobre la efectividad y eficiencia de las diferentes opciones.

Disponer de un documento basado en las mejores evidencias disponibles, aun siendo desarrollado por grupos reconocidos y que pueda ser aplicable en el contexto local, no es suficiente para que se utilice en la práctica clínica. Así pues, es necesario realizar una serie de acciones para mejorar sustancialmente su aplicación y analizar las posibles barreras que pueden dificultar la transferencia y el seguimiento de sus recomendaciones a la práctica clínica habitual.

Los términos de difusión, diseminación e implementación que se encuentran en la literatura científica acerca de las GPC tienen matices y significados diferentes. Si bien suelen utilizarse de manera intercambiable, se refieren a procesos diferentes, cada uno con objetivos, alcances y modalidades que le son propios y deben de conocerse. Tomando como base las definiciones de Davis y Taylor-Vaisey (1997) que son las más referenciadas en la literatura especializada, podemos diferenciar claramente los tres procesos:

La *difusión* se refiere a la distribución de información al profesional de la salud de forma pasiva y no direccionada; por el contrario, la *diseminación* supone un proceso más activo, en el que se intenta transmitir los contenidos de la GPC de una forma más orientada a un público determinado y así mejorar los conocimientos y habilidades de los usuarios finales. La *implementación* significa trasladar las recomendaciones teóricas contenidas en la guía a la práctica clínica real, esto es, en el momento de toma de decisiones compartida entre el profesional y el paciente. Esto implica la aplicación de estrategias de

comunicación efectivas, identificando y superando las dificultades o barreras del entorno local que limitan la adopción de las recomendaciones por parte de los profesionales y los pacientes (Davis y Taylor-Vaisey, 1997; Costa y Etxeberria, 2007; Cabana et al., 2002; Shaw et al., 2007)

Así, consideramos que el término **implementación** es el más aceptado para referirse a la introducción activa de la evidencia científica en la práctica en un entorno clínico determinado. Según Grol y Grimshaw (2003), la implementación corresponde a un proceso complejo, que se inicia con la planificación para la introducción de manera sistemática de una innovación o de cambios de valor probado, con el objetivo de alcanzar resultados en un entorno concreto, considerando distintos niveles de decisión, ya sea en visita individual, servicio clínico, organización o en todo un sistema sanitario.

La investigación de la implementación se ha definido como "el estudio científico de los métodos para promover la adopción sistemática de los resultados de la investigación y otras prácticas basadas en la evidencia " para mejorar la calidad de la prestación de servicios en la práctica clínica habitual (Eccles et al., 2009).

Más recientemente, una estrategia de implementación se ha definido como un proceso de intervención sistemática para adoptar e integrar las innovaciones de salud basadas en la evidencia en la atención clínica habitual (Powell et al., 2012).

Existe una amplia literatura sobre las estrategias de implementación de guías que pueden facilitar cambios en la práctica clínica y mejorar los resultados asistenciales. Sin embargo, está demostrada la dificultad y complejidad de trasladar a la realidad los cambios propuestos ya que, el efecto alcanzado por muchas estrategias en los proyectos que se han evaluado de forma adecuada es relativamente bajo. (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009) La evidencia respecto a los efectos de las diferentes estrategias de implementación, cómo veremos más adelante, muestra resultados modestos y altamente variables.

La clasificación más extendida sobre estrategias de cambio en la práctica clínica es la del Grupo de Revisión Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención de la Salud (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group -EPOC-, 2002). La primera taxonomía EPOC de dichas intervenciones se desarrolló en 2002, e incluyó intervenciones dirigidas a superar barreras y que podrían realizarse en cuatro ámbitos principalmente, con el objetivo de incidir sinérgicamente en el proceso de implementación:

- 1) Intervenciones orientadas a los profesionales (se desarrollarán más adelante)
- 2) Intervenciones económicas: Cambios en la forma en que se recogen los fondos, los sistemas de seguros, cómo se compran los servicios y el uso de incentivos o penalizaciones específicas al profesional y/o institución;
- 3) Intervenciones organizativas: Incluyen modificaciones en los procesos de organización de las unidades médicas, en los sistemas de registro o en la jerarquía. Se relacionan con cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención sanitaria, contratación de profesionales encargados de realizar alguna de las recomendaciones o creación de nuevas unidades o de equipos multidisciplinares
- 4) Intervenciones reguladoras: Consisten en modificar las prestaciones o costos de un servicio sanitario mediante una ley o una normativa (por ejemplo, regulación de precios de los medicamentos o de otras intervenciones).

Esta clasificación fue ampliamente revisada y actualizada entre 2013 y 2015 para abordar las posibles lagunas existentes y también para alinear la clasificación EPOC con otras taxonomías que se utilizan para catalogar diversas intervenciones que se realizan a nivel de diferentes sistemas de salud, incluidos países con bajos ingresos. El punto de partida fue una taxonomía para los sistemas de salud desarrollados para la base de datos de Evidencia de Sistemas de Salud (www.healthsystemsevidence.org); (Lavis et al., 2015).

La clasificación fue entonces revisada y se ordenaron de forma lógica todas las estrategias de implementación. Posteriormente se aplicó la taxonomía revisada a todas las intervenciones cubiertas por las revisiones del EPOC. Los autores de todos modos, reconocen que puede haber superposición entre categorías y subcategorías, y que algunas intervenciones podrían clasificarse en más de una categoría. Se han descrito 19 subcategorías de intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud. (EPOC Taxonomy; 2015).

En la **Tabla 1** se enumeran las estrategias de implementación más habituales en nuestro medio orientadas a producir cambios en los profesionales de la salud.

Intervención	Definición
Auditoría y retroalimentación (feedback)	Proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actividades clínicas en un período de tiempo especificado (p.ej. a partir de las historias clínicas, bases de datos informatizadas o de las opiniones de los pacientes). El resumen puede incluir recomendaciones para la práctica clínica
Reuniones educativas	El contenido de la GPC se presenta en diversas actividades educativas (charlas, sesiones clínicas, conferencias, congresos ...).
Materiales educativos	Distribución de material publicado o impreso con recomendaciones para la atención clínica, incluyendo las GPC o versiones reducidas, de materiales audiovisuales y de publicaciones electrónicas. Los materiales pueden ser entregados personalmente o a través de envíos masivos de correo o facilitando el acceso en una web.
Medios de comunicación de masas	Uso de diferentes métodos de comunicación para llegar a un gran número de personas de la población general (televisión, radio, periódicos, folletos.) y otros.
Procesos de consenso local	Inclusión en la discusión de los profesionales implicados para comprobar el estado de acuerdo global y si es adecuada la aproximación elegida para el manejo de problemas

Intervención	Definición
Técnicas de marketing	Uso de entrevistas personales, grupos de discusión, realización de encuestas para identificar las barreras al cambio y posterior diseño de una intervención que se ocupa de las barreras identificadas.
Visitas de extensión educativa (educational outreach o academic detailing AD)	Una persona capacitada -con formación y entrenamiento específico en el contexto sanitario- se reúne con los profesionales con visitas individualizadas (“cara a cara”) para dar la información con la intención de cambiar las prácticas clínicas utilizando diferentes propuestas de aprendizaje La información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional
Intervenciones mediadas por pacientes	Nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales. Por ejemplo: la puntuación de una escala de evaluación clínica de depresión.
Recordatorios y referencias	Información específica, realizada por escrito o en soporte informático diseñada para llamar la atención del profesional (alarmas) y que le recuerde cierta información que le permita realizar una actividad clínica determinada de acuerdo con la GPC.
Líderes locales de opinión	Profesionales considerados a nivel local por sus pares como competentes, influyentes y con habilidades de comunicación se encargan de transmitir los contenidos de la GPC
Proceso de mejora continua (continuous quality improvement, CQI)	Propone gestionar el proceso de implementación de una GPC como un proceso de mejora de calidad. Consiste en la implantación de un proceso de mejora continuada de calidad utilizando elementos de medida de proceso y de resultados que aplica un equipo de calidad, a través de un proceso organizado que cuenta con agentes facilitadores que utilizan métodos de marketing para aumentar la implicación de los profesionales y su compromiso con los objetivos. Utiliza también el contacto con líderes de opinión locales y la aplicación de métodos de apoyo. Se trata de una estrategia multifacética que ha recibido apoyo experimental más recientemente.

Tabla 1: Intervenciones habitualmente utilizadas para la implementación de GPC. Adaptado del grupo EPOC de la Cochrane (EPOC Taxonomy; 2015)

De cara a la implementación de las guías de práctica clínica, cabe destacar el papel que desempeña actualmente *los sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones*, que parecen ser una de las intervenciones dirigidas a los profesionales más efectivos, sin embargo, todavía está por evaluar su efecto en los resultados clínicos, la eficiencia, la satisfacción del paciente y los costes (Roshanov et al., 2011)

Se trata de información médica informatizada de acceso en el momento de la toma de las decisiones (por ejemplo, para resolver dudas con pruebas diagnósticas, tratamientos o seguimiento de determinadas enfermedades)

Powell et al., (2012) distingue entre las estrategias discretas, multifacéticas y combinadas. Las estrategias *discretas* son las acciones de implementación más reconocibles y comúnmente citadas (por ejemplo, recordatorios, reuniones) e involucran un único proceso o acción. Una implementación *multifacética* utiliza dos o más estrategias. Reservan el término *estrategia combinada* para casos en los que una serie de estrategias discretas, -que abordan múltiples niveles y las barreras para el cambio-, se entretajan y están empaquetadas como un producto protocolizado. Las estrategias combinadas son inherentemente multifacéticas, sin embargo, no todas las estrategias multifacéticas son combinadas.

Parece obvio que las intervenciones más pasivas, como la circulación de las guías o la organización de reuniones educativas, tengan un impacto mucho más pequeño en la implementación de GPC (Dijkstra et al., 2006), aunque para algunos autores no deben descartarse completamente ya que ofrece un enfoque más barato y factible (Grimshaw et al., 2004).

Las visitas de alcance educativo y las intervenciones multifacéticas de proceso de mejora continua de la calidad, que específicamente se orientan a superar las barreras identificadas para el cambio, se encuentran entre los enfoques más prometedores.

Tenemos que tener en cuenta que no hay una estrategia de implementación que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores, como son el tipo de

cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiera implementar y las barreras y facilitadores específicos identificados.

Se han realizado diversos estudios a lo largo de los últimos 20 años para analizar los resultados de las diferentes estrategias de implementación referidas en la literatura. Todos sugieren que existen algunas estrategias que son un tanto más efectivas que otras, aunque hasta ahora, la evidencia sobre la eficacia de diferentes estrategias de implementación ha sido más bien escasa.

Una revisión integral realizada por Oxman et al. (1995) examinó 102 estudios para mejorar las prácticas de salud y concluyó que "no hay balas mágicas", cada estrategia de implementación es eficaz en ciertas circunstancias, El enfoque debe ser adaptado a las circunstancias locales teniendo en cuenta cualquier potencial barrera. Las características concretas de la población de pacientes y la posible desigualdad en la salud, también necesitan ser considerados.

Es importante para una implementación exitosa construir apoyos e incentivos y tener en cuenta los recursos necesarios. Estos autores sostienen que, probablemente, el mejor enfoque es combinar varias estrategias, como el uso de los líderes locales de opinión, los talleres interactivos, las visitas educativas, los recordatorios, la auditoría y la retroalimentación (Oxman et al., 1995).

La implementación de guías basadas en la evidencia ha sido estudiada por Grimshaw et al., (2004) quienes realizaron una revisión sistemática sobre efectividad de las estrategias de implementación de GPC. Se trata de la revisión más completa realizada hasta ahora, aunque sólo cubre estudios realizados hasta el año 1998. En esta revisión de 235 estudios se encontró que la mayoría de las estrategias para implementar una guía en un contexto de salud determinado presentan un efecto variable y tiende a conseguir una pequeña o modesta mejora de los procesos de atención clínica.

El 86.6% de los estudios incluidos mostró una mejora en la práctica de los profesionales como resultado de los procesos de implementación, aunque el efecto fue variable y dependía del tipo de comparación y estudio realizado.

Esta revisión destaca como una limitación común a prácticamente todos los estudios incluidos, la ausencia de una base teórica rigurosa como fundamento del diseño y la selección de las distintas intervenciones utilizadas.

El éxito o fracaso de la implementación varía mucho dependiendo del contexto local, del grupo de profesionales a los que se dirige la intervención, y de las intervenciones seleccionadas para un determinado contexto.

El análisis sugirió que la eficacia de las intervenciones multifacéticas no aumentó de forma significativa con mayor número de componentes utilizados. Pocos estudios proporcionaron una justificación explícita o base teórica para la elección de las intervenciones. En la mayoría, no resultaba claro si los investigadores tenían una justificación a priori para la elección de los componentes en las intervenciones multifacéticas o si la elección se realizó sin criterios claros. Es plausible, según los autores, que las intervenciones multifacéticas, si están basadas en una cuidadosa evaluación de las barreras y base teórica coherente, puedan ser más eficaces que las intervenciones únicas.

Es importante tener en cuenta que solo el 15% de los estudios incluidos en la revisión se llevaron a cabo en países europeos. La gran mayoría están realizados en EEUU, por lo que tenemos que ser cautos ya que no deben superponerse las conclusiones a los sistemas de salud europeos, dónde el contexto sanitario y las barreras locales pueden ser muy diferentes.

La revisión de Grimshaw completada con otras revisiones del NHS CDR (*Centre for Reviews and Dissemination- National Institute for Health Research, CDR, 1999*), nos dan una orientación clara sobre los métodos más eficaces para la implementación de GPC. En la **Tabla 2** se muestra un resumen de la efectividad de algunas intervenciones para implementar GPC basadas en estos estudios.

Efectividad variable	Efectividad demostrada
Auditoría y <i>feedback</i>	Recordatorios
Procesos de consenso local	Visitas de extensión educativa
Líderes locales de opinión	Talleres de formación interactiva
Intervenciones mediadas por pacientes	Estrategias multifacéticas.

Tabla 2. Resumen de la efectividad de diversas intervenciones para implementar GPC.

Ya se ha comentado que la efectividad de las estrategias de implementación de GPC es muy variable. En general, el efecto de las diversas estrategias es moderado, y cuando se observa un efecto significativo, su magnitud es modesta, situándose en torno al 10% en la variable de resultado (Grimshaw et al., 2006).

Sin embargo, debemos tener en cuenta, que el impacto sanitario puede ser muy elevado cuando estos efectos pequeños o modestos se suman en múltiples instituciones de salud y se aplican a poblaciones amplias.

La meta-revisión de Prior y colaboradores publicada en el año 2008, incluyó 33 revisiones sistemáticas que evaluaron la efectividad de las estrategias de implementación de las GPC.

Se consideraron efectivas durante el proceso de implementación: sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones, reuniones educativas interactivas, visitas educativas individualizadas, intervenciones específicas para pacientes, intervenciones reguladoras, sistemas de recuerdo (“*reminders*”) e intervenciones múltiples combinadas. Las reuniones educativas y las estrategias de difusión pasiva fueron ineficaces.

En la siguiente tabla (**Tabla 3**), se incluyen los hallazgos del estudio de Prior relacionados con la efectividad de las estrategias de implementación que están *orientadas a los profesionales*.

Estrategia	Efectividad	Comentario / Resumen
Reuniones educativas	No efectiva	7 RS: 5 con resultados negativos y 2 presentaron resultados no concluyentes.
Auditoría y retroalimentación	Incierta/ Variable	18 RS: 8 presentaron hallazgos positivos y 10 no concluyentes o resultados no claros.
Sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones	Efectiva	8 revisiones sistemáticas reportan hallazgos positivos.
Distribución y/o difusión únicamente	No efectivo.	14 RS: 1 con hallazgos positivos, 6 no efectivos y 7 no concluyentes
Sistemas de recuerdo (“reminders”)	Efectiva	20 RS: 15 presentaron hallazgos positivos y 5 resultados no concluyentes.
Reuniones educativas interactivas	Efectiva.	11 RS: 10 presentaron hallazgos positivos y 1 reportó resultados no concluyentes.
Visitas de extensión educativa	Efectiva	12 RS que la evalúan reportan hallazgos positivos.
Líderes locales de opinión	Incierta / Variable	11 RS: 7 presentaron hallazgos positivos y 4 resultados inciertos o no concluyentes.
Medios de comunicación de masas	Incierta / variable	3 RS: 1 presentó hallazgos positivos y los otros dos como negativo y no concluyente.
Distribución de material educativo	Incierta / Variable	3 RS: 2 hallazgos no concluyentes y sólo 1 reportó beneficios pequeños.
Específicas para pacientes	Efectiva	9 RS: 5 con hallazgos positivos y 4 reportaron resultados no concluyentes.
Múltiples intervenciones	Efectiva	16 RS: 13 presentaron hallazgos positivos.

RS: Revisiones sistemáticas

Tabla 3: Efectividad de las estrategias de implementación adaptadas del trabajo de Prior et al., 2008.

El autor destaca que las estrategias de implementación fueron variadas, difícilmente comparables y con resultados variables, pudiendo influir en la conducta del profesional sanitario con un tamaño de efecto de pequeño a moderado. Como conclusión sugiere que las estrategias exitosas de implementación de las guías deben ser multifacéticas e involucrar activamente a los clínicos en todo el proceso. Con respecto a las intervenciones multifacéticas, aquellas que combinan diversas estrategias, y que resultan ser más efectivas que las estrategias únicas, no se encontró evidencia en relación al número de componentes y a las estrategias con mayor efectividad.

Repasando diversa bibliografía sobre efectividad general de las técnicas de implementación, según diferentes autores, las intervenciones que proporcionan un *feedback* inmediato a los clínicos tienen mayores efectos en los profesionales (Sonnenberg et al., 2006) y los programas de implementación de guías que utilizan procedimientos complejos y multifacéticos o enfoques participativos para alcanzar el compromiso de los profesionales parecen tener mayor impacto en el seguimiento de las recomendaciones de las GPC (Chilvers et al., 2002).

Las revisiones sistemáticas de Davis y Taylor-Vaisey (1997) sobre la eficacia de diferentes estrategias para implementación de GPC y Wensing (1998), revisando la eficacia de las intervenciones multifacéticas e individuales en la Atención Primaria, sostienen que las intervenciones multifacéticas son más eficaces que las intervenciones de un solo componente, aunque pueden ser más costosas. Más adelante el mismo Wensing aclaró que hay tener en cuenta que en las intervenciones multifacéticas la combinación de intervenciones varía ampliamente y es difícil sacar conclusiones generalizables (Wensing et al., 2006).

Otra revisión realizada por Robertson también señala que son más efectivas las intervenciones multifacéticas si la elección de estas intervenciones se adaptan a superar las diferentes barreras existentes en el ámbito local (Robertson y Jochelson, 2006).

Sin embargo, un resumen más reciente realizado por Squires et al. (2014) sobre revisiones sistemáticas que comparan intervenciones multifacéticas con estrategias simples no ofrece pruebas concluyentes de que las intervenciones multifacéticas sean más efectivas que las intervenciones de un solo componente. Añaden que la efectividad de la intervención no aumenta con un mayor número de componentes en la intervención. Los autores no sugieren que las intervenciones multifacéticas no sean útiles, sino más bien que una intervención multifacética diseñada específicamente para superar las barreras y mejorar los facilitadores será más apropiada.

Diferentes agencias internacionales como SIGN y NICE han identificado la necesidad de desarrollar diversos tipos de herramientas de apoyo al proceso de implementación. Estas herramientas incluyen bases de datos, sistemas de información, folletos, set de herramientas y sesiones de capacitación entre otras. Estas herramientas deben ser específicas para cada guía en concreto, y deben ser diseñadas y consideradas dentro del plan de implementación y acompañando los procesos de difusión y diseminación.

Dentro del contexto de la Atención Primaria, la implementación de las GPC siempre ha sido descrito como un desafío especial (Carlfjord et al., 2010; Mckenna et al., 2004; Rashidian et al., 2008).

Los médicos de Atención Primaria tienen la responsabilidad global sobre casos complejos de pacientes con múltiples problemas de salud. Todavía las GPC disponibles no están diseñadas para ayudar al tratamiento de pacientes con múltiples enfermedades, más bien, van enfocadas para guiar el tratamiento de diagnósticos separados. Por lo tanto, no es sorprendente que la investigación de la que disponemos haya demostrado que hay una diferencia considerable entre lo que llevan a cabo los médicos en la práctica clínica y lo que debería ocurrir para alcanzar los niveles de atención y objetivos establecidos por las GPCs. (Ingemansson et al., 2014).

Una revisión sistemática de Brusamento et al. (2012) analizó la efectividad de las estrategias para implementar GPC para el tratamiento de diversas enfermedades crónicas a nivel de Atención Primaria en Europa. Esta revisión llegó a la conclusión de que el 19% de los estudios informó de una implementación plenamente eficaz, en el 38% la implementación fue parcialmente eficaz y en el 43% no tuvo ningún efecto. La mayoría de los estudios midieron la efectividad de la implementación en términos de mejora en el proceso de atención. Las estrategias multifacéticas fueron ligeramente más efectivas en comparación con las intervenciones únicas. Los autores encontraron que la principal barrera para la implementación del uso de GPC en la AP fue la falta de conocimiento y de acuerdo con las recomendaciones clínicas (Brusamento et al., 2012).

En España parece existir una actividad relativamente importante en cuanto a elaboración de GPC. Sociedades científicas, agencias de evaluación de tecnologías y departamentos de calidad asistencial en las administraciones autonómicas producen GPC (de mayor o menor calidad, basadas en la evidencia o en consensos de expertos) y bastante accesibles.

Por contra, las experiencias recientes en nuestro país sobre la evaluación del impacto de GPC y de las estrategias para implementarlas son muy escasas. Hasta la fecha, los ensayos clínicos aleatorizados por grupos sobre implementación de GPC han sido limitados y sobre todo centrados en la atención hospitalaria, como el estudio de Romero, realizado para evaluar el impacto de una guía sobre angina inestable (Romero et al., 2005).

Podemos considerar que, en la actualidad, no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados y controlados por grupos para evaluar las estrategias de implantación de GPC llevados a cabo en el sistema sanitario público español y sólo se dispone de algunos estudios prospectivos. Es más, la mayor parte de la evidencia que se maneja con respecto a la implementación de guías, proviene de lugares muy diferentes de España en múltiples aspectos (Estados Unidos, el Reino Unido o Canadá).

Capítulo 2: Justificación del proyecto

La depresión tiene una prevalencia vida del 10,4% (14,4 % en mujeres y 6,2% en hombres). Es la segunda causa de discapacidad en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares. Además, es el trastorno mental más estrechamente asociado al suicidio, la primera causa de muerte no natural en nuestro país.

La mayoría de las personas que padecen depresión son atendidas exclusivamente en atención primaria, la puerta de entrada del sistema de salud, donde representa el trastorno mental específico más frecuente (9,6% de prevalencia anual).

Desde hace años sabemos que escasamente un 50% de las personas con depresión reciben la atención adecuada en primaria que recomiendan las GPC. Los cambios y mejoras de todo tipo en el sistema apenas han modificado esta proporción de personas con depresión adecuadamente tratadas.

Por otro lado, el acceso a tratamientos especializados de salud mental, indicado en casos complejos, se retrasa excesivamente o no llega a producirse nunca. De hecho, el 70% de los fallecidos por suicidio no son detectados en primaria y no alcanzan a recibir intervenciones potencialmente efectivas.

Las evidencias sobre la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión (antidepresivos, psicoterapias...) son abrumadoras, pero en muchos casos, no llegan a beneficiar a las personas afectadas, lo hacen tardíamente o de forma incompleta.

El manejo de la depresión es un área, pues, con amplias posibilidades de mejora debido a una enorme variabilidad en la práctica clínica.

Las GPC se han propuesto como un instrumento potencialmente muy útil para hacer accesible la evidencia científica a los pacientes con depresión y reducir esta variabilidad injustificable.

Pero, a pesar de todo este potencial, las GPC tienen un grado de aplicación muy variable y las versiones computarizadas han creado una expectativa de mejora que tiene que validarse todavía.

Por estos motivos, se considera más que recomendable desarrollar planes de implementación basados en la evidencia. Estos planes suponen con

frecuencia, la introducción de cambios en la conducta de los profesionales de la salud responsables de su utilización que no podemos esperar que se produzcan automáticamente a partir de la difusión de las GPC. La implementación de GPC requiere, generalmente, de estrategias más activas y dirigidas que modifiquen la práctica clínica y mejoren finalmente la salud de las personas afectadas por depresión.

El desarrollo de la GPC-DEPc integrada en el e-CAP, - la historia clínica electrónica de la atención primaria de Cataluña -, es una gran oportunidad para mejorar la calidad de la gestión de la depresión y su pronóstico, aplicando intervenciones eficaces y posibles en nuestro sistema sanitario.

Este trabajo comenzó con la participación en el diseño y desarrollo de la GPC-DEPc que culminó con una prueba piloto técnica. Todo este conocimiento profundo del instrumento y del medio en el que se utiliza, se pudo aplicar en el diseño de un plan de implementación realista y factible, que fuera generalizable en el caso de obtener resultados positivos.

La siguiente fase del estudio consistió en una revisión sistemática y metaanálisis de los métodos de implementación de GPC de depresión y de sus resultados. También fue necesario estudiar los diferentes tipos de intervenciones para escoger y adaptar las que consideramos más adecuadas en nuestro entorno. El siguiente paso fue la investigación mediante una encuesta, de las barreras y elementos facilitadores locales para una implementación efectiva.

Finalmente, consideramos justificado el desarrollo de un ensayo clínico aleatorizado del método de implementación específico para la GPC-DEPc en nuestro medio.

En el caso de obtener resultados positivos, el método podrá ser generalizable y beneficiar a toda la población de Cataluña desde el modelo colaborativo de salud mental en atención primaria.

Capítulo 3: Desarrollo del proyecto

El proyecto de tesis ha requerido de dos elementos esenciales para su desarrollo de alta complejidad técnica y logística. El primero de ellos, ha sido la elaboración del propio instrumento que se implementa, la Guía de Práctica Clínica de la Depresión computarizada (GPC-DEPc), en cuyo equipo multidisciplinar de desarrollo participó la autora de este estudio desde su inicio en 2011 (diseño, planificación, desarrollo, validación y difusión). El segundo, no es otro que el diseño del plan de implementación que se evaluará mediante un ensayo clínico aleatorizado. Para realizar este plan, se ha realizado un análisis de barreras y agentes facilitadores para una implementación efectiva adaptada a los centros participantes y, también, una revisión sistemática de la evidencia disponible sobre métodos de implementación de guías de depresión. A continuación, se realiza una descripción de estos dos elementos imprescindibles para la realización del trabajo.

3.1. Desarrollo de la Guía de Práctica Clínica de Depresión informatizada en Catalunya

La Estación Clínica de Atención Primaria (e-CAP) es el programa de historia clínica informatizada utilizado por todos los profesionales de la red de Atención Primaria del ICS y de otros muchos centros de primaria en Catalunya (más del 80%). Se trata de una herramienta que facilita la gestión de los datos clínicos del paciente con una visión integral, dando apoyo a la toma de decisiones clínicas y aportando información a los profesionales sobre los resultados de su actividad para mejorar la calidad de sus intervenciones. El e-CAP está integrado con “Argos” -el sistema de apoyo global a las actividades de los profesionales sanitarios estandarizado en procesos- y con los proyectos de historia clínica compartida de Cataluña (HC3) y de receta electrónica.

Actualmente, casi 19.000 profesionales asistenciales del sistema sanitario integrado de utilización pública de Cataluña utilizan el e-CAP, que ya contiene más de seis millones de historias clínicas (ICS; ECAP Blog, 2017)

Su puesta en funcionamiento se inició en el año 2001, aunque no fue hasta el año 2005 cuando todos los profesionales de Atención Primaria dispusieron de ordenador en la consulta para registrar rutinariamente los datos clínicos en este programa informático. El e-CAP ha ido introduciendo mejoras constantes y nuevas funcionalidades para ayudar a los profesionales en el desarrollo de su labor asistencial. Dentro de dichas mejoras hay que destacar la inclusión de las GPC informatizadas como una de las herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas con mayor potencialidad para mejorar la calidad asistencial. Estas herramientas cuentan con un diseño pensado para su empleo de forma sencilla e intuitiva, dando apoyo a partir de una activación voluntaria.

Progresivamente se han ido incorporando al sistema seis GPC (**Figura 1**):

1. Hipercolesterolemia
2. Diabetes mellitus tipo 2
3. Hipertensión arterial
4. Insuficiencia cardiaca
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Depresión mayor

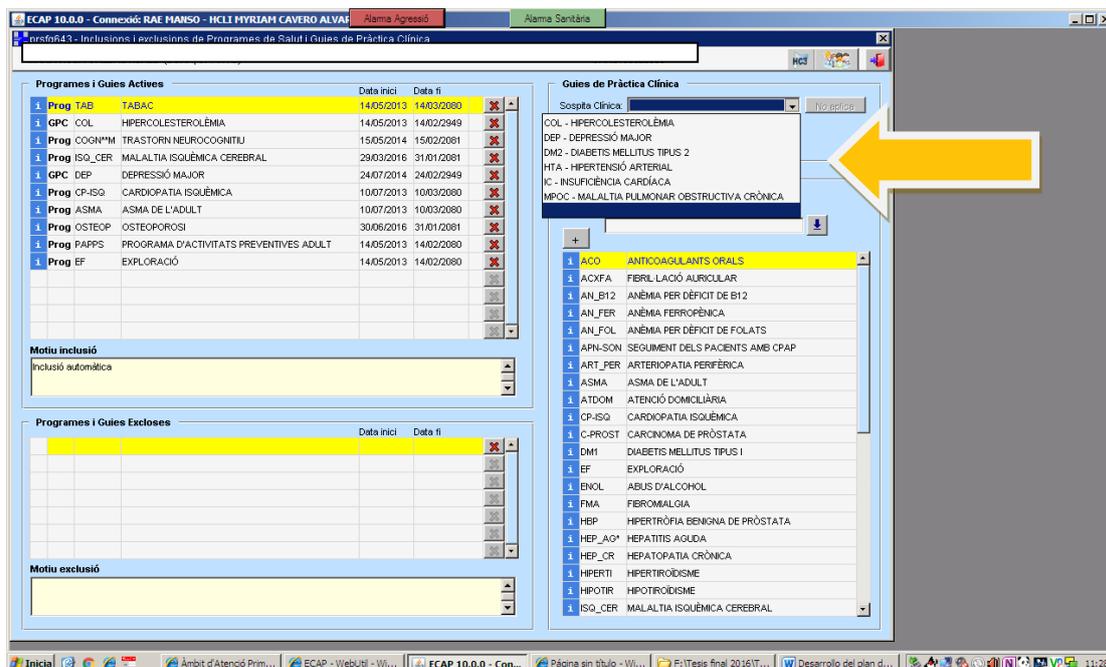


Figura 1: Pantalla del e-CAP con las GPC integradas.

La Guía Práctica Clínica de la Depresión informatizada (GPC-DEPc) es la única de salud mental y ha sido la última en incorporarse al sistema. Se ha desarrollado con el fin de mejorar la práctica clínica y reducir su variabilidad mediante la facilitación online de la información sobre el diagnóstico, evaluación, manejo terapéutico y seguimiento necesario para la toma de decisiones clínicas basada en la mejor evidencia científica disponible.

La GPC-DEPc ha sido desarrollada durante los años 2011 a 2014 por un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por médicos de familia, psiquiatras, farmacólogos e informáticos a partir de la *“Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica sobre el maneig de la depressió major en l’adult”* (2010), una adaptación de la GPC de Depresión Mayor en el adulto del SNS (2008). Durante el desarrollo, incorporó avances diagnósticos o terapéuticos posteriores a su publicación que el grupo de trabajo consideró oportunos de acuerdo con el procedimiento de actualizaciones periódicas prevista.

De forma resumida, los objetivos de esta GPC-DEPc para pacientes mayores de 18 años con depresión mayor son:

1. Mejorar la calidad y adecuación del diagnóstico de depresión mayor.
2. Detectar, evaluar y manejar adecuadamente el riesgo de suicidio.
3. Mejorar la evaluación inicial de los pacientes deprimidos para facilitar y mejorar el planteamiento terapéutico.
4. Mejorar la efectividad y seguridad del uso de los medicamentos mediante la integración de las recomendaciones basadas en la evidencia científica al historial clínico informatizado, garantizando la indicación y selección individualizada de medicamentos para cada paciente y situación clínica.
5. Establecer un plan de seguimiento y monitorización del paciente deprimido para adecuar el manejo terapéutico a la evolución clínica.

La estructura modular de la GPC-DEPc es similar a las del resto de GPC del sistema e-CAP, que incorporaron los siguientes módulos:

- a. **Sospecha:** escenario automático de detección de posible depresión mayor.
- b. **Diagnóstico:** escenario de la guía en el que se diagnostica la enfermedad y que se revisa cada vez que el paciente cambia de estado.
- c. **Tratamiento:** incluye diversos elementos que ayudan a personalizar el tratamiento y a adecuarlo a cada situación clínica, en base a la información relevante registrada en el sistema.
- d. **Seguimiento:** escenario que proporciona al médico la ayuda para controlar las actividades que deben realizarse periódicamente para el control de la depresión mayor y prevenir recurrencias.

Desde el mes de abril del año 2014 (**Figura 2**) se encuentra disponible en el sistema e-CAP para todos los Centros de Atención Primaria de Catalunya:



Figura 2: Difusión de la nueva GPC-DEPc en e-CAP

En el **Anexo I**, se incluye un artículo realizado por miembros del equipo clínico de desarrollo de la GPC-DEPc (Aragonés E; Comín E; Caveró M; Pérez V; Molina C y Palao D; 2016). En este artículo se describen de forma más detallada los fundamentos y principales características de la guía informatizada para el manejo de la depresión mayor del adulto, integrada en la historia clínica electrónica de AP del sistema sanitario público de Catalunya.

3.2. Desarrollo del plan de implementación de la GPC de Depresión informatizada.

La creación de un plan de implementación es un componente fundamental del proceso de aplicación efectiva de las GPC, del que depende esencialmente que la guía se utilice o no. Con dicho plan, nos referimos al conjunto de actividades que deben seguirse para favorecer la adquisición o modificación de habilidades por parte de los profesionales a los que está destinada. El objetivo final del plan es el de alcanzar una utilización significativa de la Guía que ayude a la toma de decisiones clínicas de forma sistemática, que logre orientarlas de acuerdo con las recomendaciones que incorpora y que mejore finalmente los resultados.

El diseño del plan de implementación de una GPC, así como su evaluación, precisan de una metodología específica. Esta metodología se fundamenta en distintos factores: el análisis del contexto local, en la carga de la enfermedad, en las ventajas potenciales para el cuidado de la salud que supondría la aplicación de las recomendaciones, en la viabilidad de su puesta en práctica, en la mejora del coste-efectividad para el sistema de salud y, por último, en los recursos disponibles para el desarrollo del propio plan de implementación (Doebbeling et al., 2006; Barosi, 2006).

Hay que tener en cuenta que no todas las recomendaciones de una GPC podrán llevarse a la práctica en todos los servicios. Las condiciones y las dinámicas institucionales, el contexto sanitario y social, la presencia de barreras y de elementos facilitadores, la viabilidad de la puesta en marcha de las recomendaciones, la factibilidad económica y los recursos disponibles, entre otros muchos aspectos, pueden dificultar o favorecer la implementación. De esta forma, el diseño de cada plan requiere considerar las particularidades del entorno y así, la selección de estrategias que puedan ser más efectivas se convierte en uno de los elementos que requiere mayor atención.

Para desarrollar este proyecto se ha elaborado un plan de implementación completo, diseñado específicamente para alcanzar el mayor grado de utilización posible de la GPC-DEPc por parte de los profesionales de atención primaria, pero también buscando la mayor eficiencia. En caso de tener éxito, el plan de implementación evaluado, debería de poder generalizarse con facilidad a todos los centros de atención primaria de Catalunya que utilizan e-CAP. El diseño del plan implementación específico se divide en tres acciones:

- 1. Identificar las barreras y elementos facilitadores para la implementación de la GPC-DEPc** en el propio entorno de aplicación mediante una encuesta específica, elaborada valorando la literatura sobre los procesos de implementación de GPC y teniendo en cuenta las recomendaciones específicas del Grupo de trabajo sobre implementación de GPC del SNS (2009) y de otros países (NICE, 2008; SIGN, 2014).
- 2. Revisar las estrategias de Implementación de GPC y la efectividad de los métodos de implementación evaluados**, con el objetivo de identificar las intervenciones más eficaces y seleccionar las más adecuadas a nuestro propósito. Para ello se ha realizado una revisión sistemática y un metaanálisis de las estrategias de implementación en GPC de depresión publicadas en la literatura científica, que se expone más adelante.
- 3. Elaborar un programa específico de implementación adaptado de la GPC-DEPc**, basado en los resultados del análisis de barreras y agentes facilitadores del entorno concreto de aplicación y en la selección de las estrategias de implementación que tienen cuentan con mayores evidencias a su favor, de acuerdo con la revisión. Además, se cuantificaron los recursos necesarios para la implementación - económicos, técnicos y humanos-, y se elaboró el cronograma de actividades precisas para su desarrollo.

A continuación, se describen con más detalle las tres acciones que se han realizado para la elaboración del programa de implementación de la GPC-DEPc que se evaluará posteriormente.

3.2.1. Identificación de barreras y factores facilitadores para la implementación de la GPC-DEPc.

En el contexto de implementación de GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar el que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica y que, tanto los profesionales de la salud como los pacientes, las sigan. Los elementos facilitadores incluyen todos aquellos factores relevantes que propician o favorecen los cambios.

Para realizar el análisis de estos factores, se aplicó una encuesta on-line (**Anexo II**) a todos los médicos de familia del territorio donde se realizó la implementación de la GPC-DEPc (Vallés Occidental Este). Se pretende identificar los factores facilitadores y posibles obstáculos concretos que influyen en la utilización de GPC en general y, específicamente de GPC informatizadas. Sabemos que este proceso de cambio es complejo y para conseguir una correcta implementación, hay que tener en cuenta la realidad social y el contexto en el que se va a aplicar. Los factores identificados se utilizarán en la adaptación del proceso de intervención y en los contenidos formativos.

El cuestionario explora los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de Atención Primaria hacia las GPC. En la encuesta se agruparon las posibles barreras y factores facilitadores en dos bloques, para poder obtener información sobre:

- a. Barreras locales y facilitadores internos relacionadas con el profesional sanitario y con las propias guías: familiaridad con las guías, resistencia al cambio, desacuerdo con las GPC. También se analizarán posibles barreras relacionadas con la propia guía como la facilidad de uso, utilidad, etc...
- b. Barreras externas relacionadas con el contexto local y sistema sanitario: factores de entorno, falta de tiempo y/o recursos, limitaciones organizativas en su propio centro de salud...

Todos los enunciados de la encuesta se pueden valorar en una escala de 1 al 4 (1= totalmente en desacuerdo, 2= poco de acuerdo, 3=bastante de acuerdo, 4= totalmente de acuerdo) y al final de cada uno de los bloques se solicita que enumere en orden de importancia (siendo 1 el más importante), los 3 factores que, en su opinión, tienen más relevancia para el uso de las GPC en su consulta.

Al final de la encuesta se solicitan datos sociodemográficos del participante y años de experiencia profesional.

El cuestionario se envió al correo electrónico corporativo de todos los médicos de familia de EAPs del área de salud de la comarca barcelonesa del Vallés Occidental Este que cuenta con más de 220.000 habitantes. Los envíos se realizaron en dos rondas: una primera en el mes de julio de 2013 y una segunda en septiembre de 2013. Un total de 144 médicos de familia recibieron la encuesta online.

Resultados de la encuesta

Respondieron el cuestionario de opinión general sobre GPC, 72 médicos (50%), y el de barreras de GPC en su centro de trabajo, 69 médicos (48%), del total de 144 encuestados del área de salud en la que se desarrolló el estudio. El perfil de los médicos que respondieron el cuestionario se detalla en la **Tabla 4**. La mayoría fueron mujeres (66%), situados en un rango de edad entre 36-55 años (76,81%) y con más de 10 años de experiencia (68,15%).

Sexo	Porcentaje	Respuestas totales
Hombres	33,33%	23
Mujeres	66,67%	46
Total respuestas		69

Edad	Porcentaje	Respuestas totales
25-35 años	10,14%	7
36-45 años	37,68%	26
46-55 años	39,13%	27
>56 años	13,04%	9
Total respuestas		69

Años trabajados ICS	Porcentaje	Respuestas totales
<5 años	11,6%	8
5-10 años	20,3%	14
11-15 años	21,75%	15
16- 20 años	20,3%	14
>20 años	26,1%	18
Total respuestas		69

Tabla 4: Datos sociodemográficos de los médicos encuestados sobre barreras y facilitadores de las GPC.

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta en las **Tablas 5 y 6**.

Nos gustaría conocer tu opinión sobre las GPC (Guías de Práctica Clínica) y los diferentes factores que pueden influir en su utilización en tu práctica diaria. Según tu opinión y experiencia, valora los enunciados siguientes en una escala de 1 al 4 (1= totalmente en desacuerdo, 2 = poco de acuerdo, 3= bastante de acuerdo ,4= totalmente de acuerdo):

	1	2	3	4	Media aritmética
1. Las GPC presentan excesiva complejidad para utilizarlas en la práctica clínica diaria	9,72% (7)	44,44% (32)	38,89% (28)	6,94% (5)	2,43
2. Las recomendaciones médicas descritas en las GPC ayudan a mejorar la calidad de la práctica clínica	1,39% (1)	8,33% (6)	48,61% (35)	41,67% (30)	3,31
3. En general, la formación, entrenamiento y/o habilidades para seguir las recomendaciones de las GPC es la adecuada	8,33% (6)	36,22% (26)	45,83% (33)	9,72% (7)	2,57
4. La aplicación de las guías entorpece la práctica diaria	8,33% (6)	27,78% (29)	47,22% (34)	16,67% (12)	2,72
5. El uso de las GPC limita la autonomía del profesional	18,06% (13)	65,28% (47)	15,28% (11)	1,39% (1)	2
6. La experiencia clínica adquirida permite abordar mejor los problemas de los pacientes que la aplicación de GPC	4,17% (3)	59,72% (43)	36,11% (26)	0% (0)	2,32
7. Las GPC solo son útiles en situaciones en que la experiencia clínica no es suficiente	15,28% (11)	63,89% (46)	15,28% (11)	5,56% (4)	2,11
8. El objetivo de las guías es disminuir el gasto en el sistema de salud	13,89% (10)	45,83% (33)	31,94% (23)	8,33% (6)	2,35
9. En general, tengo confianza en los autores de las GPC	0% (0)	6,94% (5)	69,44% (50)	23,61% (17)	3,17
10. Prefiero otros métodos para adquirir conocimientos y mejorar mi práctica clínica	9,72% (7)	73,61% (53)	16,67% (12)	0% (0)	2,07
11. Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en el uso de una GPC	5,56% (4)	40,28% (29)	34,72% (25)	19,44% (14)	2,68
12. La motivación en los equipos de Atención Primaria para el uso de las guías clínicas es baja	5,56% (4)	27,72% (20)	56,04% (41)	9,72% (7)	2,71
13. El uso del ordenador puede despersonalizar el trato con el paciente	8,45% (8)	19,72% (14)	42,25% (30)	29,58% (21)	2,93
14. Se debería de incentivar el uso de las guías	5,56% (4)	25% (18)	61,11% (44)	8,33% (6)	2,72
15. Las GPC informatizadas e integradas en la historia clínica son más accesibles que las GPC de papel	1,39% (1)	11,11% (8)	41,67% (30)	45,83% (33)	3,32
16. Las GPC de salud mental (ej depresión) no son útiles en la consulta de Atención Primaria	8,45% (6)	50,7% (36)	36,62% (26)	4,23% (3)	2,37
Total respondedores					72

Tabla 5 : Resultados de la encuesta de opinión general sobre GPC.

Del análisis de los resultados de la encuesta se desprende que, para los médicos del área, no existen barreras muy destacables con respecto al uso de

GPC. Aunque cabe resaltar que la mayoría (63,8%), consideran que su aplicación enlentece la práctica diaria. Además, un 54,1% opinan que se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en el uso de una Guía.

La motivación en Atención Primaria para el uso de GPC se valora como baja por un 65,76% de los encuestados, aunque hasta el 69,4% considera que se debería de incentivar el uso de las guías.

Con respecto al uso de guías informatizadas e integradas en historia clínica electrónica, un 87,5% de los médicos consideran que son más accesibles que las de papel. Por el contra, un 71,8% considera que el uso del ordenador puede despersonalizar el trato con el paciente.

Las guías de Salud Mental no se consideran útiles en Atención Primaria para un 40,85% de los médicos encuestados.

De los enunciados anteriores, se solicitó a los encuestados que indicaran los 3 factores que, a su juicio, tienen más relevancia para el uso de las GPC en su consulta diaria. El análisis de esta selección permite clasificar los factores de mayor a menor relevancia en cuanto al uso de GPC (las 2 últimas con el mismo número de respuestas):

1. *Las recomendaciones médicas descritas en las GPC ayudan a mejorar la calidad de la práctica clínica (50 respuestas).*
2. *Las GPC informatizadas e integradas en la historia clínica son más accesibles que las GPC de papel (36 respuestas).*
3. *En general, tengo confianza en los autores de las GPC (17 respuestas)*
4. *Se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en el uso de una GPC (17 respuestas).*

Dentro de los posibles obstáculos para el uso de las GPC en tu Centro de trabajo, valora los siguientes en una escala de 1 al 4 (1= totalmente en desacuerdo, 2 = poco de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4= totalmente de acuerdo):

	1	2	3	4	Media aritmética
1. En mi práctica habitual, prefiero utilizar guías distintas a las publicadas por el ICS	20,29% (14)	66,67% (46)	13,04% (9)	0% (0)	1,93
2. Las recomendaciones de las GPC mediante el sistema informático a veces son contradictorias	1,45% (1)	43,48% (30)	50,72% (35)	4,43% (3)	2,58
3. Existe falta de estudios sobre la efectividad de la utilización de las GPC	17,39% (12)	60,87% (42)	20,29% (14)	1,45% (1)	2,06
4. La organización de la agenda en los centros (sobrecarga asistencial) dificulta el uso de las guías	0% (0)	7,25% (5)	46,38% (32)	46,38% (32)	3,39
5. En general, la metodología seguida para el aprendizaje/enseñanza de las guías me parece adecuada	4,35% (3)	39,13% (27)	55,07% (38)	1,45% (1)	2,54
6. La práctica clínica de la atención especializada está en desacuerdo con las guías implantadas en Atención Primaria	4,35% (3)	36,23% (25)	39,13% (27)	20,29% (14)	2,75
7. En la elaboración de GPC existe presión de la industria farmacéutica	18,84% (13)	56,52% (39)	23,19% (16)	1,45% (1)	2,07
8. Los pacientes demandan una atención y tratamientos fuera de las recomendaciones sugeridas en las guías	8,7% (6)	28,99% (20)	46,38% (32)	15,94% (11)	2,7
9. Existe falta de divulgación a la sociedad de las ventajas del uso de las guías por parte de las instituciones	1,45% (1)	14,49% (10)	52,17% (36)	31,88% (22)	3,14
10. La formación facilitada por alguna/os especialistas entra en conflicto con las recomendaciones de las GPC	1,45% (1)	21,74% (15)	52,17% (36)	24,64% (17)	3
Total respondedores					69

Tabla 6: Barreras para el uso de las GPC en los propios centros de trabajo.

Como se puede observar en los resultados recogidos en la **Tabla 6**, el 55,1% de los médicos considera que las recomendaciones de las guías integradas en el sistema informático a veces son contradictorias y que los pacientes demandan atención y tratamientos fuera de las recomendaciones sugeridas en las guías (62,3%).

La falta de divulgación en la sociedad de las ventajas de uso de GPC es considerada una barrera por el 84% de los médicos que respondieron el cuestionario.

Destaca especialmente el porcentaje de encuestados que opina que la sobrecarga asistencial dificulta el uso de guías que alcanza el 92,7%.

Ha tener en cuenta también la opinión del 59,4% respecto a que la práctica clínica de la atención especializada está en desacuerdo con las guías implantadas en atención primaria. Y también que la formación facilitada por algunos especialistas entra en conflicto con frecuencia con las recomendaciones de GPC según la opinión del 76,8% de los médicos que participaron en la encuesta.

De los enunciados anteriores, se solicitó, cómo en el bloque anterior, que indicaran los 3 factores que consideraran que tienen mayor influencia negativa para el uso de GPC en su consulta diaria. Los factores que obtuvieron mayor número de respuestas fueron:

- 1. La organización de la agenda en los centros (sobrecarga asistencial) dificulta el uso de las guías (50 respuestas).*
- 2. La formación facilitada por alguna/os especialistas entra en conflicto con las recomendaciones de las GPC (30 respuestas).*
- 3. La práctica clínica de la atención especializada está en desacuerdo con las guías implantadas en Atención Primaria (28 respuestas).*

Discusión

La identificación de barreras y facilitadores para la adopción de las recomendaciones es un componente importante del proceso de implementación de las GPC.

La efectividad de las estrategias de implementación puede mejorar si las percepciones de los profesionales son consideradas y los obstáculos para el seguimiento de las recomendaciones son identificados y atenuados.

De acuerdo con los resultados obtenidos por la encuesta, podemos señalar que los médicos potencialmente participantes en el ensayo tienen una opinión favorable a la utilización de GPC en la práctica diaria y, por tanto, deben

considerarse como elementos facilitadores. Así por ejemplo, la mayoría consideran las recomendaciones médicas descritas en las GPC una ayuda en la mejora de la calidad de la práctica clínica, valoran las GPC informatizadas e integradas en la historia clínica como más accesibles que las GPC de papel y, existe confianza en los autores de las GPC. Por el contrario, hay que destacar que también consideran que se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en el uso de una GPC, un factor sobre el que se podría actuar facilitando el aprendizaje en el uso de la GPC-DEPc.

Con respecto al último enunciado específico de las GPC de salud mental, hay que destacar que supone una minusvaloración de las guías de este ámbito.

	1	2	3	4	Media aritmética
16. Las GPC de salud mental (ej depresión) no son útiles en la consulta de Atención Primaria	8,45% (6)	50,7% (36)	36,62% (26)	4,23% (3)	2,37

Respecto a los posibles obstáculos para el uso de GPC, sobre todo destaca la sobrecarga asistencial, la valoración de desacuerdo de la práctica clínica de la atención especializada con las GPCs y la formación que facilitan los especialistas en conflicto con las guías implantadas en atención primaria.

Valorando los factores que obtuvieron un mayor número de respuestas y los que se consideraron de mayor influencia, se han elaborado las siguientes tablas (**Tablas 7 y 8**), que son un resumen de las potenciales barreras y elementos facilitadores identificados en la encuesta. Serán los factores más relevantes para abordarlos en el programa de implementación de la GPC-DEPc.

	Barreras
Internas	Excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en el uso de una GPC La aplicación de GPC enlentece la práctica diaria La motivación en Atención Primaria para el uso de GPC es baja El uso del ordenador puede despersonalizar el trato con el paciente.
Externas	La sobrecarga asistencial dificulta el uso de guías La formación facilitada por algunos especialistas entra en conflicto con frecuencia con las recomendaciones de GPC La práctica clínica de la atención especializada está en desacuerdo con las guías implantadas en AP Pacientes demandan atención y tratamientos fuera de las recomendaciones sugeridas en las guías Falta de divulgación en la sociedad de las ventajas de uso de GPC El uso de GPC debería de ser incentivado

Tabla 7: Barreras identificadas en la encuesta sobre GPC.

	Facilitadores
Relacionados con los propios profesionales	Las recomendaciones médicas descritas en las GPC ayudan a mejorar la calidad de la práctica clínica
Relacionados con las propias guías	Las GPC informatizadas e integradas en la historia clínica son más accesibles que las GPC de papel Existe confianza en los autores de las GPC

Tabla 8: Agentes facilitadores identificados en la encuesta sobre GPC.

Las **conclusiones** que se desprenden del análisis de los resultados de la encuesta son:

1. La opinión general de los médicos sobre las guías es positiva y el único obstáculo considerable sería la limitación del tiempo para su aplicación.
2. La sobrecarga asistencial y la percepción de discrepancias entre recomendaciones de las GPC y las de los especialistas, parecen ser las principales barreras destacadas en la encuesta.
3. La percepción negativa sobre la utilidad de GPC de salud mental deberá ser tomada en consideración para desarrollar una intervención efectiva.

Esta encuesta nos ha permitido generar cierta información necesaria para guiar la implementación de una manera más efectiva y segura.

3.2.2. Efecto de la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) de Depresión en la adherencia de los profesionales y en los resultados clínicos en pacientes: revisión sistemática y metaanálisis (1996- 2012)

La efectividad de las diversas estrategias de implementación de GPC dirigidas a los profesionales sanitarios ha sido evaluada en múltiples estudios. Es evidente que, antes de seleccionar qué estrategias se van a utilizar para implementar una guía, se deben considerar aquellas que han mostrado ser más eficaces en otros estudios, identificando los elementos que pueden hacerlas más efectivas para lograr mejores resultados y adaptarlos a nuestro entorno. Para ello, es esencial conocer el estado actual sobre los efectos de los procesos de implementación de GPC de depresión. Por este motivo, realizamos una revisión sistemática de las publicaciones indexadas sobre el tema y valoramos la posibilidad de realizar un metaanálisis para poder identificar con más precisión y detalle las estrategias con mayor respaldo experimental, las que tienen mayor aceptación y mejores resultados (**Tabla 9**). Para realizar el análisis, tuvimos en consideración también su potencial aplicabilidad al modelo asistencial de *stepped care* que se desarrolla en Catalunya en la relación entre AP y la atención especializada en salud mental.

En la revisión de Weinmann et al. (2007) sobre la aplicación de GPC en enfermedades psiquiátricas (incluida la depresión), se concluye que, a pesar del exponencial crecimiento en el número de GPC psiquiátricas disponibles e independientemente de su calidad, sólo existe un pequeño número de estudios de implementación sobre esas guías, con resultados además modestos y temporales. Por tanto, no está claro hasta qué punto el desarrollo y la extensión de las GPC de enfermedades psiquiátricas puede contribuir a mejorar los resultados en la salud de las personas.

Tabla 9: Revisión sistemática de estudios de implementación de GPC de Depresión (1996-2012): objetivo, método, resultados y conclusiones.

Resumen

Objetivo: Identificar la evidencia científica actual de los estudios comparativos del impacto de la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) de Depresión sobre la adherencia de los profesionales a sus recomendaciones y sobre los resultados clínicos en los pacientes. Se revisan las diferentes estrategias de implementación utilizadas.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos (PubMed; Cochrane Library; PsycINFO; *Web of Knowledge*) de los estudios controlados aleatorizados o no publicados entre 1996 y diciembre de 2012 que estudian los procesos de implementación de las GPC de Depresión. Se identificaron las ratios globales de adherencia a las GPC y los resultados clínicos más relevantes en pacientes. Se realiza un análisis cualitativo de los estudios incluidos y un metaanálisis del efecto global.

Resultados: Se identificaron 14 estudios (8 ECAs, 1 EC no aleatorizado y 5 semi-experimentales). En la mayoría, los efectos sobre adherencia de los profesionales a las recomendaciones de las guías fueron moderadas (OR=2.3, 95% IC de 1.32 a 3.98), con una duración temporal limitada. Los estudios que obtienen resultados clínicos positivos en pacientes deprimidos utilizan medidas muy heterogéneas y únicamente uno demuestra un beneficio significativo. Los estudios con mejores resultados utilizan implementaciones multifacéticas complejas y/o métodos basados en la teoría del aprendizaje.

3.2.2.1. Material y métodos

Tipo de investigación y diseño del estudio

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de la literatura y una revisión de los estudios de investigación sobre los efectos de la implementación de GPC de depresión en la adherencia de los profesionales y/o en los resultados clínicos en pacientes.

Se revisan los trabajos publicados durante el periodo de enero de 1996 hasta diciembre de 2012, disponibles en las bases electrónicas de datos PubMed, Cochrane Library, Web of Knowledge y PsycINFO. En la **Tabla 10** figuran los términos utilizados en PubMed.

Previamente se realizaron búsquedas de prueba antes de la búsqueda real a fin de determinar los términos de búsqueda más adecuados.

Para poder usarse con otras bases de datos diferentes, esta estrategia se adaptó ligeramente, utilizando palabras claves equivalentes a las utilizadas en la búsqueda en Pubmed. Se completó con búsquedas manuales en las referencias de las publicaciones identificadas y revisadas para encontrar estudios adicionales en internet. La búsqueda se limitó a publicaciones en lengua inglesa.

Tabla 10: Términos de la búsqueda utilizados en PubMed.

TérminosMeSH :

("guideline Adherence"[MeSH Terms] OR "Practice guidelines as topic"[MeSH > Terms]) AND ("depression"[MeSH Terms] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] > OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh])

Palabras clave utilizadas para identificar los estudios de implementación de guías:

(implement OR strateg* OR evaluat* OR assess* effect* OR outcome OR disseminat* OR Develop*)*

Para este estudio, las GPC se definieron como recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, que pueden contribuir a orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas (Field MJ y Lohr KN, 1990). Por tanto, solo se consideraron en el estudio aquellas GPC desarrolladas a partir de un proceso de revisión y adaptación de la evidencia científica.

El proceso de localización y selección de estudios ha quedado indicado en un diagrama de flujo (**Figura 3**) con los artículos seleccionados en cada fase, así como los eliminados y la causa de su eliminación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron los estudios realizados sobre evaluaciones del impacto de la implementación de las GPC de depresión en la adherencia o grado de seguimiento las recomendaciones de la guía por parte de los profesionales y en los resultados clínicos en pacientes, en cualquier medio asistencial.

a) Criterios de inclusión. Los estudios incluidos cumplen todos los siguientes:

- Estudios comparativos que presenten alguno de los siguientes diseños: ensayos clínicos controlados aleatorios (ECAs), estudios clínicos controlados no randomizados (EC no aleatorizado), ensayos clínicos controlados (ECCs) o estudios de diseño controlado pre-post (PPC) de implementación de la GPC.
- Estudios comparativos de los efectos de implementación de la GPC en la adherencia del médico (atención primaria y/o psiquiatra) a las recomendaciones de la guía y evaluados en pacientes y/o el resultado o respuesta clínica en los pacientes.
- Estudios cuantitativos con resultados de los efectos de implementación de GPC específicamente de depresión.

b) Criterios de exclusión. Los estudios incluidos no cumplen ninguno de los siguientes:

- Estudios realizados con población menor de 18 años.
- Estudios que evalúan y /o comparan diferentes GPC.
- Revisiones o estudios de implementación de guías sin resultados cuantitativos y que solo ofrecen resultados cualitativos.
- Estudios que evalúan efectos en muestras específicas de población (ej: diabéticos con depresión comórbida, que no pueden generalizarse).

- Programas de gestión de enfermedad o de educación médica donde la GPC sólo sea un componente más de la formación al profesional.

Selección de estudios

Se revisaron los títulos y las secciones de resúmenes de cada registro obtenido. La búsqueda y la selección de los estudios se llevaron a cabo por dos revisores que, de forma independiente, revisaron los títulos y las secciones de resúmenes de cada registro obtenido y posteriormente se cotejaron los datos obtenidos. Todos los artículos donde no se podía tener alcanzar una clara decisión en base a la lectura del resumen se recuperaron íntegramente para un análisis más detallado y completo. En caso de desacuerdo, se consultó a un tercer revisor y luego se logró una decisión consensuada.

Extracción y administración de los datos

Se registró el país de origen, el año del estudio, el diseño del estudio el tipo de intervención realizada para la implementación de la guía y duración, la medida principal del cambio en los profesionales (adherencia a las recomendaciones de la guía) y en los resultados clínicos de los pacientes resumiendo finalmente las diferencias entre los grupos. Si faltaban datos en el artículo publicado se desestimó la inclusión del estudio para el análisis.

Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos

Se evaluó la calidad de los estudios incluidos utilizando seis criterios de la valoración del “riesgo de sesgo” establecidos por la Colaboración Cochrane (Higgins JPT y Green S, 2011). Aunque “riesgo de sesgo” y calidad no son sinónimos, el primero puede verse como un indicador de la calidad de los estudios. Los criterios fueron son los siguientes: el método de ocultamiento de la asignación (sólo para ECA), el seguimiento de profesionales y pacientes, la medida inicial (antes de la intervención) de los resultados, la fiabilidad de las medidas de resultado primarias y la protección contra la contaminación entre grupos.

En función de estos criterios, los estudios se subdividieron en las siguientes tres categorías:

A - Se cumplieron todos los criterios de calidad: bajo riesgo de sesgo.

B - Uno o más criterios de calidad se cumplieron sólo de forma parcial: riesgo de sesgo moderado.

C - No se cumplieron uno o más criterios: alto riesgo de sesgo.

Análisis de datos: tamaño del efecto y metaanálisis

A partir de los datos extraídos de los trabajos de investigación seleccionados, se realizó el cálculo del valor medio global del efecto principal, con el objetivo de analizar la heterogeneidad de esta medida entre los diferentes estudios. Se realizó un cálculo de los tamaños del efecto por separado para la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de la guía y para los resultados clínicos en los pacientes. En el caso de encontrar más de una medida utilizada en cada dominio, se escogió una única medida primaria (tal como se define en la mayoría de los casos por los autores del estudio) para llevar a cabo el análisis.

Los datos dicotómicos se presentan como *odds ratios* derivadas de una comparación de los resultados post-intervención en el grupo de intervención frente al grupo control. *Odds Ratios* > 1 indican resultados positivos. La presencia vs ausencia de heterogeneidad entre los estudios seleccionados se contrastó mediante la prueba Q de Cochran.

Los tamaños del efecto de medidas continuas se presentan como diferencias estandarizadas de medias.

El metaanálisis es un instrumento con una buena potencia estadística y sus resultados pueden ser muy concluyentes cuando no se observa una variación notable entre los resultados de los distintos estudios. Esto los convierte en una metodología claramente superior a las revisiones tradicionales, que sólo ofrecen cálculos cualitativos de los efectos evaluados.

3.2.2.2. Resultados

Resultados de la búsqueda

La estrategia de búsqueda obtuvo inicialmente **807** publicaciones. Después de examinar los títulos y resúmenes, 49 estudios fueron identificados como potencialmente relevantes. **Catorce estudios** cumplieron con los criterios de inclusión y no cumplieron los de exclusión: ocho ECAs, un ensayo clínico controlado no aleatorizado (EC no aleatorizado) y cinco estudios controlados pre-post (PPC). Las razones para excluir los estudios que se consideraron inicialmente apropiados, pero que se excluyeron tras la lectura del artículo completo se especifican en la **Figura 3**, en la que se representa el diagrama de flujo de la selección de los estudios.

La mayoría de los estudios se realizaron en EE.UU. (5 estudios), seguido por el Reino Unido (2 estudios), Suecia (2 estudios), Alemania (2 estudios), Canadá, Holanda y Dinamarca (un estudio de cada uno).

El medio más común donde se realizaron los estudios es en el ámbito ambulatorio de atención primaria y especializada (12 estudios), un estudio en un hospital psiquiátrico con pacientes ingresados (Sorensen et al., 2008) y otro se realizó en medio controlado antes de iniciarlo en el “mundo real” (Zwerver et al., 2011).

Seis de los estudios se realizaron dentro de centros especializados de salud mental, con médicos psiquiatras, otros seis estudios se realizaron con médicos de atención primaria. Los otros dos estudios fueron realizados con ambos, psiquiatras y médicos generales.

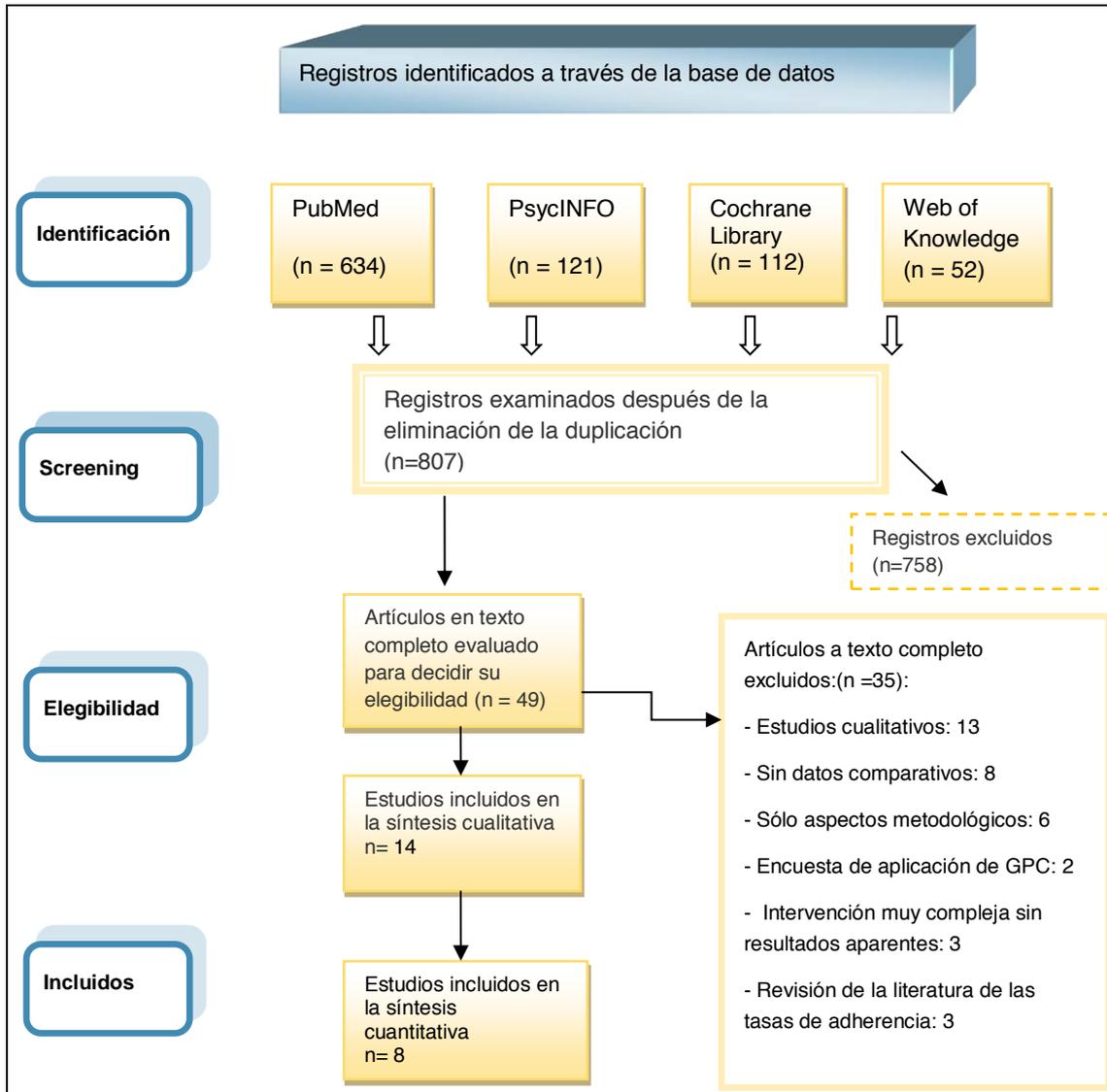


Figura 3: Resultados de la búsqueda: número de los estudios incluidos y excluidos y las razones de las exclusiones.

Guías utilizadas

En la mayoría de los estudios, once de los catorce, las recomendaciones utilizadas se basaron en Guías Clínicas realizadas a nivel local o por Agencias de Salud Nacional, pero en todos los casos basadas en la evidencia.

En el estudio de Trivedi et al. (2004) se utilizó el algoritmo de tratamiento de la depresión computarizado “*The Texas Medication Algorithm Project*” (TMAP).

Linden et al. (2008) utilizó la Guía clínica de la OMS y Azocar et al. (2003) una versión de la Guía Clínica de la *American Psychiatric Association* (APA).

Métodos de implementación de guías.

Los métodos utilizados en los estudios revisados para desarrollar el proceso de implementación se relacionan a continuación:

- Proceso de mejora continua de calidad (*continuous quality improvement -CQI-*).
- Visitas de extensión educativa (*educational outreach* o *academic detailing- AD-*)
- Distribución de materiales educativos.
- Sesiones formativas: conferencias, sesiones clínicas, talleres...
- Técnicas de marketing.
- Auditoría y la retroalimentación.
- Intervenciones mediadas por el paciente.
- Recordatorios.

Hemos considerado como **intervenciones multifacéticas** aquellas que incluyen un mínimo de tres de las intervenciones antes mencionadas y siempre que sean aplicadas al mismo tiempo.

En uno de los estudios (Trivedi et al., 2004), se utilizaron también programas de intervención educativa a pacientes y/o familias.

Seis de los 14 estudios analizaron el impacto principal de estrategias multifacéticas. Cinco de ellos utilizaban combinaciones similares: AD, sesiones formativas, material educativo, auditoría y grupos focales (Goldberg et al., 1998; Brown et al., 2000; Trivedi et al., 2004; Forsner et al., 2008 y 2010). En el estudio de Bermejo et al. (2009) la intervención multifacética consistía en 6 sesiones de 3 horas, material educativo, con evaluación continua y comparativa que facilitara la orientación de los profesionales hacia una mejora de la práctica clínica.

Se identificaron dos estudios controlados donde se utilizó la estrategia de AD exclusivamente en uno los grupos de intervención, comparando con la intervención CQI sola en uno de ellos (Brown et al., 2000) o combinada con AD en el segundo (Goldberg et al., 1998).

El estudio de Baker et al. (2001) se basó principalmente en las técnicas de marketing con el uso explícito de las teorías psicológicas para superar posibles barreras que enfrentan a los profesionales con las organizaciones de salud y que dificultan el éxito de la implementación. Adicionalmente en este estudio se facilitó ayuda individualizada a los médicos participantes.

El estudio de Eagles et al. (2000) utilizó la circulación de las recomendaciones y la creación de las condiciones oportunas para discutir temas relacionados con las mismas. Dos estudios se implantaron únicamente mediante una charla educativa y discusión de casos (Worrall et al., 1999 y Sorensen et al., 2008) y, en el estudio de Azocar et al. (2003), el grupo de intervención recibió diseminación de la guía por correo y recordatorios pautados cada vez que se iniciaba el tratamiento de un nuevo paciente.

La realización de un seminario de un día que incluyó talleres con grupos participativos y un paquete educativo se investigó en 2 estudios (Linden et al., 2008 y Zwerver et al., 2011).

En el estudio de Thompson et al. (2000) se realizaron sesiones educativas y se facilitó la disponibilidad continua de formadores para consultas durante el tiempo de intervención.

En relación con la duración de las intervenciones los resultados de la revisión son muy heterogéneos. Algunas intervenciones se prolongaron durante 10 meses (Bermejo et al., 2009), 12 meses (Trivedi et al., 2004) y 24 meses (Forsner et al., 2010) y fueron continuas durante todo el período de estudio. Otras intervenciones se realizaron durante unos pocos meses, a lo largo de todo el estudio (Brown et al., 2000; Worrall et al., 1999; Eagles et al., 2000; Baker et al., 2001), mientras que otras intervenciones se realizaron entre un día

y un mes durante el periodo inicial (Azocar et al., 2003; Eagles et al., 2000; Linden et al., 2008; Sorensen et al., 2008 y Zwerver et al., 2011).

Las medidas de seguimiento de las recomendaciones por parte de los médicos se planificaron en general a los 12 meses (Goldberg et al., 1998; Eagles et al., 2000; Baker et al., 2000; Trivedi et al., 2004) y hasta 24 meses en el de Forsner et al. (2010). En algún caso se limitan a 6 meses (Thompson et al., 2000; Worrall et al., 1999) o incluso solo 4 meses (Azocar et al., 2003).

Efectos sobre la adherencia de los médicos a las recomendaciones de la guía.

Todos y cada uno de los 14 estudios que se incluyeron en el análisis cualitativo, midieron la adherencia de los médicos a la guía. La evaluación se realizó en la mayor parte de los casos, mediante la revisión de los registros médicos con laboriosas auditorías. En el caso de Trivedi et al. (2004), el hecho de que los registros y el propio algoritmo fueran computarizado facilita enormemente la evaluación y el *feedback* a los médicos. En la **Tabla 11** se resumen las características y los resultados de los diferentes estudios incluidos en la revisión sistemática.

En nueve estudios se informó en la publicación de un efecto significativo en la adherencia del médico a las recomendaciones de la guía (Baker et al., 2001; Bermejo et al., 2009; Brown et al., 2000; Eagles et al., 2000; Forsner et al., 2008 y 2010; Sorensen et al., 2008; Worrall et al., 1999; Zwerver et al., 2011).

Se observaron mayores tasas de evaluación de riesgo de suicidio en el grupo intervención en el estudio de Baker et al. (2001) y tasas más altas de prescripción de antidepresivos en los de Worrall et al. (1999) y en el de Brown et al. (2000).

Uno de los estudios (Eagles et al., 2000), señaló un aumento ligero en la solicitud de las pruebas de laboratorio para el seguimiento de litio.

En el estudio de Worrall et al. (1999), no se encontraron cambios en la evaluación diagnóstica o en el resultado. Sólo se pudo demostrar un aumento

significativo en la prescripción de antidepresivos en el grupo intervención, con un mayor número de pacientes en tratamiento antidepresivo en la visita de seguimiento de los 6 meses.

En un estudio (Brown et al., 2000), aumentó de forma modesta el número de pacientes que recibían tratamiento (grupo intervención AD) y también aumentó el número de días de uso de antidepresivos (grupo intervención CQI), pero no se observaron cambios en otros indicadores.

En el trabajo de Bermejo et al. (2009), se encontró que en el grupo de intervención mejoraron las tasas de diagnóstico correcto –en médicos generales- y mejoró también la efectividad clínica (proporción de pacientes respuesta / remisión).

En el estudio de Forsner et al. (2008 y 2010), realizado en clínicas especializadas, se incrementó considerablemente el cumplimiento de las recomendaciones de la guía clínica y, además, se observó que las mejoras se mantuvieron en el tiempo a los 12 y 24 meses. Otro estudio donde mejora significativamente la adherencia a la guía y también el conocimiento de la depresión es el de Zwerver et al. (2011).

En el estudio de Sorensen et al. (2008), la mayoría de los pacientes recibieron al alta los fármacos recomendados en el algoritmo terapéutico, pero el análisis cuantitativo no revele ninguna diferencia significativa entre grupos. Por tanto, aunque se observó un alto seguimiento de las recomendaciones de la guía en la mayoría de los pacientes, la intervención educativa no consiguió ningún efecto suplementario en relación al grupo control.

En tres estudios no se observaron diferencias entre grupos: el de Azocar et al. (2003), en el que se hacía una difusión de la guía por correo y recordatorios con pautas cada vez que se inició un nuevo tratamiento y, en el estudio de Thompson et al. (2000), en el que se realizaron sesiones educativas, con una disponibilidad continuada de los formadores. En el trabajo de Golberg et al. (1998) tampoco se obtuvieron resultados a pesar de utilizar una estrategia de intervención multifacética.

En el trabajo de Linden et al. (2008), que realizó un seminario de un día más un paquete educativo. Pero la muestra está constituida por un grupo de pacientes sesgado (únicamente a los que se prescribió mirtazapina) y las medidas de adherencia a la GPC de la OMS son indirectas y no se pueden comparar con las aplicadas por otros estudios. Se reporta únicamente una mayor detección de estresores psicosociales y la utilización de una dosis más alta (pero clínicamente irrelevante) del antidepresivo.

Las intervenciones relacionadas con un mejor resultado en la adherencia del médico fueron las intervenciones multifacéticas (Brown et al., 2000; Bermejo et al., 2008 y Forsner et al., 2008 y 2010) o las intervenciones que utilizan técnicas de marketing y las teorías psicológicas para superar las barreras en la aplicación de las recomendaciones (Baker et al., 2001).

Sin embargo, en el trabajo de Golberg et al. (1998) en el que también se utilizaron intervenciones multifacéticas, no se observaron efectos positivos en el reconocimiento de la depresión o en la prescripción realizada por los médicos, según las recomendaciones de la guía, excepto un menor uso de antidepresivos tricíclicos (5%) en el grupo intervención en el que se utilizó la intervención AD frente al grupo control.

En el estudio de Trivedi et al. (2004) no se especifican las tasas de adherencia al algoritmo TMAP entre grupos intervención y control, por lo que no se pudo incluir posteriormente en el análisis cuantitativo.

En general, los tamaños del efecto para los resultados de la adherencia de los médicos a las guías fueron modestos (ver más adelante **Tabla 13**).

Efectos sobre los resultados clínicos en los pacientes.

Ocho de los estudios revisados evaluaron si la implementación de la guía puede mejorar específicamente los resultados clínicos en los pacientes.

Siete estudios evaluaron la psicopatología o el estado funcional del paciente mediante instrumentos de auto-evaluación validados (Baker et al., 2001; Brown

et al., 2000; Goldberg et al., 1998; Linden et al., 2008; Thompson et al., 2000; Trivedi et al., 2004; Worrall et al., 1999). La escala PHQ heteroadministrada se utilizó en el de Bermejo et al. (2009).

En dos estudios no se encontró ningún efecto clínico (Goldberg et al., 1998 y Thompson et al., 2000) y en un tercero (Brown et al., 2000) se observó incluso una disminución en el número de pacientes que mejoraron en el grupo de intervención con AD.

En el estudio de Linden et al. (2008) el único efecto relevante fue una mayor tasa de *drop-outs* en el grupo control, pero esta medida no fue reportada por los demás estudios y es una medida muy indirecta de mejora, por lo que impide realizar cualquier comparación.

Tres estudios encontraron mejoría en las puntuaciones de la percepción de la depresión (Baker et al., 2001; Trivedi et al., 2004 y Worrall et al., 1999).

Los resultados de Trivedi et al. (2004), demostraron un beneficio sustancial clínica y estadísticamente mayor en términos de mejora en los síntomas depresivos (utilizando la escala *Inventory of Depressive Symptomatology–Clinician-Rated scale* [IDSC30] y la *Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report scale* [IDS-SR30]), en la funcionalidad (escala SF-12) y en efectos secundarios para el grupo en el que se aplicó el TMAP (n = 175) en comparación con el grupo de tratamiento convencional (n = 175). La mayoría de las diferencias más notables fueron observadas después de tres meses de tratamiento. Ambos grupos continuaron mejorando transcurrido un año, aunque el grupo al que se aplicó el algoritmo continuó manteniendo su ventaja frente al grupo de tratamiento convencional.

En el estudio de Baker et al. (2000), la proporción de pacientes con puntuaciones en la escala *Beck Depression Inventory* (BDI) menores a 11 a las 16 semanas aumentó en el grupo de intervención (OR=2.5, IC 95% 1.2 a 5.2). Sin embargo, no hubo diferencias entre las proporciones de pacientes con mayor mejora clínica al final del estudio entre ambos grupos (BDI < 11, 42% vs 45%), porque a nivel basal había una mayor proporción de pacientes más graves en el grupo de intervención (BDI < 11 a 16 semanas de 27% vs 45% en

el control). No es posible por tanto atribuir un significado clínico a este hallazgo. Pero además, el mismo autor argumenta que la muestra del estudio es relativamente pequeña y solo podría detectar efectos de la intervención clínica de gran magnitud.

En el último estudio en el que encontraron mejoría en las puntuaciones de depresión (Worrall et al., 1999), no hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias entre grupos, aunque había una tendencia a producirse puntuaciones más altas de mejora en el grupo de la intervención, pero sus pacientes no mostraron diferencias en el diagnóstico o el resultado clínico.

Después de analizar los 8 estudios que valoran los efectos de la implementación de una GPC de depresión sobre los resultados clínicos en pacientes, realmente sólo en uno de ellos (Trivedi et al., 2004) utilizando una estrategia multifacética de implementación (AD, auditoría y retroalimentación además de intervención psicoeducativa en pacientes y familiares) ha demostrado beneficios de la implementación comparado con el tratamiento habitual. Además, la mejora de los síntomas depresivos se produjo a partir del tercer mes y, aunque fue progresivamente creciente también para el grupo control, a los 12 meses continuaba teniendo significación estadística y clínica. Los demás estudios utilizan además medidas muy heterogéneas que no permiten realizar un análisis cuantitativo.

Tabla 11: Características de los estudios y resultados de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Estudio	Diseño estudio N1= nº médicos N2= nº pacientes	Enfermedad y guía basada en la evidencia	Tipo de intervención y duración	Medición del cambio en profesionales	Medición de la evolución del paciente	Diferencias entre grupos
Azocar 2003 EEUU	Aleatorizado controlado con placebo (ECA) N1= 443 médicos de salud mental N2= 836 pacientes	Tratamiento y diagnóstico de depresión mayor. Guía UBH <i>best practice guidelines</i> (basada en la guía de American Psychiatric Association (APA.)	1. Difusión general 2. difusión selectiva por correo con la guía referida a pacientes específicos 3. No difusión Duración: incierta	Demanda de la información al médico y encuesta a los pacientes	Ninguno	No se observaron diferencias en la detección de tasas de comorbilidad y trastornos médicos No diferencias entre los grupos en la probabilidad de recibir medicación, psicoterapia o tratamiento combinado o la continuidad de tratamiento Sin efecto sobre la percepción del paciente
Baker 2001 UK	ECA N1= 60 médicos generales N2= 780 pacientes	Guía clínica breve (7 recomendaciones) de diagnóstico y tratamiento para la Depresión mayor basada en la evidencia	1. Métodos de Implementación adaptada e individualizada utilizando teorías psicológicas de superar obstáculos, grupos de discusión 2. Difusión de la guía en papel Duración aproximada: 6 meses	Medidas de adherencia a la guía en los registros clínicos	Proporción de pacientes con la escala de depresión de Beck (BDI) con puntuación menor a 11 a las 16 semanas	Aumento de la probabilidad de evaluación de riesgo de suicidio en el grupo de pacientes de la intervención No diferencias de grupo en la adherencia a las recomendaciones de la guía Aumento de la proporción de pacientes con escala de depresión de Beck < 11 en 16 semanas
Bermejo 2009 Alemania	Ensayo clínico controlado: prospectivo pre/post (PPC) N1= 29 médicos generales y 15 psiquiatras N2= 698 pacientes	GPC para diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor basada en la evidencia	1. Intervención multifacética: Paquete capacitación para uso de guía de depresión: 6 sesiones de 3 h, evaluación continua y comparativa, versión corta escrita de la guía 2. no intervención Duración 10 meses	Registros médicos en consulta	Cuestionario de evaluación PHQ-D (basal y 8 semanas)	Grupo intervención mejoró su efectividad clínica (proporción pacientes respuesta/remisión), pero no efecto significativo sobre el resultado del tratamiento, uso criterios CIE10 o prescripción de dosis adecuadas. Médicos generales tras intervención tasa significativamente mayor de diagnóstico correcto

Tabla 11: Características de los estudios y resultados (cont.)

Estudio	Diseño estudio N1= nº médicos N2= nº pacientes	Enfermedad y guía basada en la evidencia	Tipo de intervención y duración	Medición del cambio en profesionales	Medición de la evolución del paciente	Diferencias entre grupos
Brown 2000 EEUU	ECA N1=160 médicos de atención primaria N2=928 pacientes	GPC para la detección y tratamiento de la depresión en AP. Publicada por la Agencia para las políticas de Salud de Atención e Investigación (AHCPR)	1. Visitas académicas (AD), difusión de la guía, entrevistas y visitas focales con los médicos, presentaciones didácticas, rol-playing, grabación en video, formación y supervisión por farmacéuticos 2. No hay intervención Duración aproximada: 4 meses	Información de la actuación (dosis de antidepresivos y duración del tratamiento Encuesta clínica: conocimiento, actitudes, auto reporte de la práctica	Autoevaluación de la depresión (HSCL-D, SF-36)	No hay diferencia en auto reporte de las puntuaciones de depresión, en el grupo AD: los pacientes mejoraron menos AD: mayor uso de antidepresivos, aumento moderado de las tasas de tratamiento, moderado pero significativo deterioro en la percepción subjetiva del funcionamiento físico y vitalidad (SF-36). AD: mayor incremento en el tratamiento, niveles de actividad y propensión a prescribir antidepresivos
Eagles 2000 GB	Estudio Pre/post (PPC) N1= nº desconocido de psiquiatras y médicos generales N2=825 pacientes	Guía basada en la evidencia para tratamiento de Trastornos afectivos (monitorización del litio)	Difusión de la guía de monitorización del litio Duración 1 mes	Registros clínicos de médicos de atención primaria y de psiquiatras	Ninguna	Ligero aumento de las pruebas de función tiroidea (9%) y de los controles de creatinina (7%) tras la difusión de la guía No tiene efecto sobre las litemias o las visitas médicas
Forsner 2008 Suecia	Estudio Pre/ post (PPC) N1= 4 clínicas psiquiátricas (2 interv y 2 control) N2= previo intervención 122 + 61 y post-intervención 120+60	GPC para diagnóstico y tratamiento de la depresión basada en la evidencia	1. Intervención multifacética: seminarios, equipos locales de aplicación feedback regular, visitas académicas 2. difusión de la guía Duración: 6 meses	Registros de los pacientes Resultados de procesos de calidad		En el grupo de implementación activa se incrementó el cumplimiento de la guía clínica. En las clínicas control, sólo con difusión de la guía no mostraron mejora.
Forsner 2010 Suecia	Estudio pre/post (PPC) N1= 4 clínicas de atención psiquiátrica N2= 1083	GPC para diagnóstico y tratamiento de la depresión basada en la evidencia	1. Intervención multifacética: seminarios, equipos de implantación local, feedback regular, visitas académicas 2. Difusión guía Duración: 2 años	Indicadores de calidad valorando tratamiento en los registros médicos		En implementación activa los indicadores de calidad fueron mejorando a los 6 meses (se mantuvo a 12 y 24 meses). En grupo control no cambios o empeoro

Tabla 11: Características de los estudios y resultados (cont.)

Estudio	Diseño estudio N1= nº médicos N2= nº pacientes	Enfermedad y guía basada en la evidencia	Tipo de intervención y duración	Medición del cambio en profesionales	Medición de la evolución del paciente	Diferencias entre grupos
Goldberg 1998, EEUU	ECA N1=95 médicos de atención primaria N2=4051 pacientes	GPC para tratamiento de la depresión. Versión corta basada en la evidencia.	1. Visitas académicas (AD), difusión de la guía, tarjetas de bolsillo, formación de fármacos, feed-back del patrón de prescripción 2. AD y continua calidad de mejora (CQI), AD con equipos de formación, reuniones, manuales, diagramas de flujo 3. No intervención Duración aproximada 6 meses	Registros de farmacia	Encuesta por correo y/o teléfono con autoevaluación de la depresión (HSCL-D)	No hay mejoras en los patrones de prescripción o en las tasas de control en los grupos AD y AD / CQI. No se observaron efectos en el reconocimiento de la depresión, prescripción y sintomatología excepto el menor uso de antidepresivos tricíclicos (5%) en AD frente al grupo de no intervención
Linden 2008 Alemania	ECA N1= 103 psiquiatras privados N2= 497 pacientes Estudio de utilización de mirtazapina	Guía de depresión de la OMS	1. Seminario de un día con información de la guía, paquete educativo, folleto para pacientes 2. Información escrita de la guía 3. Sin información Duración: 3 meses	Registros de los pacientes con estresores psicosociales, morbilidad somática (Enf Física Rating Scale)), ICG, calidad de la relación médico-paciente (VAS)	Autoevaluación depresión Calidad relación médico-paciente (VAS)	Grupo intervención informaron de más factores de estrés psicosocial y dosis más altas de antidepresivo (mirtazapina) y menos abandonos que los otros 2 grupos. No diferencias significativas en cuanto a la autoevaluación de los pacientes. Pacientes y psiquiatras del grupo intervención clasificaron la relación como de " menor simpatía"

Tabla 11: Características de los estudios y resultados (cont.)

Estudio	Diseño estudio N1= nº médicos N2= nº pacientes	Enfermedad y guía basada en la evidencia	Tipo de intervención y duración	Medición del cambio en profesionales	Medición de la evolución del paciente	Diferencias entre grupos
Thompson 2000 EEUU	ECA N1= 59 prácticas y 169 médicos de atención primaria N2= 4192 pacientes	GPC para diagnóstico y tratamiento de la depresión Guía basada en la evidencia y consenso local	1.Sesiones educativas por parte de un equipo entrenado con especial atención en uso de la guía y técnicas educativas complementarias con videos y disponibilidad continua de los formadores 2. No intervención (lista de espera) Duración: 9 meses	Reconocimiento de los índices de depresión (proporción de pacientes con diagnóstico de escala autoevaluada de depresión, con diagnóstico de depresión por el medico)	Escala de depresión y ansiedad (HADS) a las 6 semanas y 6 meses de seguimiento	No diferencias en la sensibilidad y especificidad en el reconocimiento de la depresión Mayor tasas de abandonos en el grupo control. No hay diferencia en las tasas de mejora o en las de recuperación
Trivedi 2004, EEUU	Estudio no aleatorizado (CCT) N1= 14 clínicas de Salud Mental N2= 547 pacientes	Algoritmo de tratamiento de la depresión <i>The Texas Medication Algorithm Project</i> (TMAP)	1.ALGO: algoritmo de implementación: manual de tratamiento, apoyo clínico, consultor experto (conferencias, visitas), programa educativo a paciente /familias 2. TAUnon ALGO: no hay intervención 3. TAUin ALGO: (algoritmo de cultura) ninguna intervención para pacientes deprimidos, uso de TMAP bipolar o guía de algoritmo en esquizofrenia Duración : 12 meses	No hay comparación publicada entre tasas de adherencia de grupos ALGO, TAUnonALGO y TAUinALGO	IDS (<i>clinical rating and self-report</i>), SF-12, efectos secundarios, test screening de drogas de abuso, detección de alcoholismo Michigan, percepción de beneficios por el paciente	Disminución de los síntomas depresivos a los 3 y 12 meses en ALGO frente a TAUnonALGO Efectos más duraderos para pacientes con síntomas iniciales graves. Mejor funcionamiento mental (SF-12) después de los 3 y 12 meses ALGO frente a TAUnonALGO ALGO: los pacientes con efectos 2ºs basales tienden a informar más de los efectos 2ºs después de 3 meses con respecto a TAUnonALGO

Tabla 11: Características de los estudios y resultados (cont.)

Estudio	Diseño estudio N1= nº médicos N2= nº pacientes	Enfermedad y guía basada en la evidencia	Tipo de intervención y duración	Medición del cambio en profesionales	Medición de la evolución del paciente	Diferencias entre grupos
Sorensen 2008 Dinamarca	Estudio Pre/post (PPC) N1=? Psiquiatras N2=29 pacientes basal y 34 post-intervención	Algoritmo para el tratamiento de la depresión basado en la evidencia	Difusión e implementación con charla educativa de algoritmo de tratamiento de la depresión	Registros de historias clínicas		No diferencias significativas
Worall 1999, Canada	ECA N1= 42 médicos de familia N2= 147 pacientes	GPC de diagnóstico y tratamiento de Depresión de la Canadian Medical Association	1.difusión de la guía, taller educativo de 3 horas, discusión de casos clínicos, disponibilidad de psiquiatra una vez por semana 2.Difusión de la guía Duración: 6 meses	Registros médicos	Cuestionario autoadministrado CES-D Listado de síntomas completado por el médico	No hay diferencias en el diagnóstico correcto de la depresión Más pacientes toman antidepresivos en la visita de seguimiento de los 6 meses en el grupo de la intervención y mayor tasa de derivación psiquiátrica. Los pacientes no mostraron diferencias en el diagnóstico o el resultado
Zwerver 2011 Holanda	ECA N1= 40 médicos 21 en grupo intervención y 19 en grupo control	Guía clínica de diagnóstico de Depresión y reconocimiento de discapacidad	1.Seminario de 1 día con talleres, actividad educativa por psiquiatra, grupos de participación con rol-playing 2.Grupo control Duración: 2 semanas	Casos en videos (pre y post)		En grupo intervención mejora de la adherencia a las directrices de la guía y mejora del conocimiento de la depresión y grado de discapacidad

Riesgo de sesgo en los estudios incluidos.

Los criterios para valorar el riesgo de sesgo de los trabajos incluidos se exponen con detalle en la **Tabla 12**.

Con tres excepciones dentro de los ECA (Azocar et al., 2003; Brown et al., 2000; Linden et al., 2008), los datos sobre ocultamiento de la asignación aleatorizada se incluyen de manera adecuada. En el único estudio controlado no aleatorizado (Trivedi et al., 2004) no es posible el ocultamiento al no randomizar a los pacientes. El seguimiento fue en general bastante adecuado (> 80% de los profesionales o pacientes), solo en un estudio no consta un seguimiento directo en profesionales (Goldberg et al., 1998) y en 4 estudios no mostraron seguimiento en pacientes. La mayoría aplicaron medidas de protección contra la contaminación entre grupos.

Podemos considerar estudios con bajo riesgo de sesgo los trabajos de Thompsom et al (2000), Bermejo et al. (2009) y Forsner et al. (2008 y 2010). Los trabajos de Baker et al. (2001) y Worrall (1999) presentan un riesgo moderado al cumplir parcialmente con uno de los criterios de riesgo de sesgo. El resto de los estudios son considerados con un alto riesgo de sesgo.

La mayoría de los estudios tuvieron poco poder estadístico para mostrar pequeños efectos de las intervenciones.

Tabla 12: Riesgo de sesgo de los estudios.

Estudio	Ocultamiento de la asignación	Seguimiento de los profesionales	Seguimiento de los pacientes	Medición basal	Fiabilidad medidas	Protección contra contaminación
Azocar 2003 ECA	No claro	Si	No	Solo profesionales	No	No claro
Baker 2001 ECA	Si	Si	No claro	Si	Si	Si
Brown 2000 ECA	No	Si	Si	Si	Si	Si
Goldberg 1998 ECA	Si	Si(*)	No	Si	Si	Si
Linden 2008 ECA	No	Si	Si	Si	Si	Si
Thompson 2000 ECA	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Trivedi 2004 CCT	No	Si	Si	Si	Si	Si
Worrall 1999 ECA	Si	Si	Si	Si	No claro	Si
Zwerver 2011 ECA	Si	Si	No	Si	Si	Si

ECA: Estudio controlado aleatorizado y CCT: ensayo clínico controlado no aleatorizado. (*) Indirecto.

Estudios PPC	Características estudio y protocolo	Seguimiento de los profesionales	Seguimiento de los pacientes	Medición basal	Fiabilidad medidas	Protección contra contaminación
Bermejo 2009	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Eagles 2003	No	Si	No	No	No	No
Forsner 2008 y 2010	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sorensen 2008	Si	Si	Si	Si	Si	No

PPC: estudios pre / post controlados

Metaanálisis

Los tamaños del efecto de los diferentes estudios individuales: dicotómicos y continuos se detallan en la **Tabla 13**.

Se ha realizado un análisis estadístico de los resultados de los 9 estudios seleccionados con datos dicotómicos completos que analizan la adherencia del profesional a las recomendaciones de la guía. Dos de los estudios se han fusionado en uno, ya que se trata del mismo estudio mantenido en el tiempo, con medición de resultados a los 6, 12 y 24 meses (Forsner et al., 2008 y 2010). Así que finalmente se incluyeron 8 estudios para el metaanálisis.

El estudio de Brown et al (2000) fue excluido, ya que no se aportó la varianza en los datos del estudio. También se eliminó el estudio de Thompson et al (2000), que sólo aportaba la *odds ratios* sin aportar los números exactos en la publicación. El trabajo de Linden et al. (2008) no aportaba los datos necesarios para poder utilizar una medida comparable de adherencia con los demás estudios.

La presencia vs ausencia de heterogeneidad entre los estudios seleccionados se contrastó mediante la prueba Q de Cochran. Bajo el supuesto de homogeneidad, el valor de Chi^2 obtenido en esta prueba fue de 68,5 que, con 7 grados de libertad, lleva a rechazar la hipótesis de homogeneidad entre estudios ($p < 0,0001$). Por ello, se realizó en meta-análisis siguiendo el método de efectos aleatorios de Der Simonian-Laird.

Sólo encontramos dos estudios con datos dicotómicos que incluían medidas para analizar los resultados clínicos en pacientes, por lo que se decidió desestimar la realización de un análisis cuantitativo (metaanálisis) de dichos resultados (Baker et al., 2001; Bermejo et al., 2009).

Tabla 13: Resumen de los tamaños del efecto de los estudios individuales: dicotómicos y continuos.

Adherencia del médico

Respuesta del paciente

Datos dicotómicos:

	<i>n/N</i> intervención	<i>n/N</i> Control	Odds ratio ² (95% intervalo de confianza)	Power ⁺	<i>n/N</i> intervención	<i>n/N</i> Control	Odds ratio ² (95% intervalo de confianza)	Power ⁺
Bermejo 2009	137/188	45/74	1.73 (0.98; 3.05)		--	--	--	
Baker 2001	155/197	127/181	1.57 (0.98; 2.50)	0.47	58/197	50/181	1.09 (0.70; 1.71)	0.03
Eagles 2000	186/422	222/403	1.56 (1.17; 2.22)*	*	--	--	--	
Forsner 2010	212/440	40/120	15.14(8.76; 26.17)		---	---	---	
Golberg 1998	38/240	25/160	1.02 (0.59; 1.76)	0,03	32/280	39/295	0,85 (0,51; 1,40)	0.09
Sorensen 2008	13/17	19/29	1.71 (0.44; 6.65)		--	--	--	
Thompson 2000	<i>n.a</i> ³		1.00 (0,73; 1,37)	<i>n.e</i>	<i>n.a</i> ⁴		1.23 (0,84; 1,79)	<i>n.a</i>
Worrall 1999	51/91	22/56	1.97 (1.00; 3.88)	0,45	--	--	--	
Zwerver 2011	178/252	98/228	3.19 (2.19; 4.65)		--	--	--	

Datos continuos:

	<i>N</i> intervención/ <i>N</i> control	Diferencias de medias estandarizadas (95%) de intervalo de confianza		<i>N</i> intervención/ <i>N</i> control	Diferencias de medias estandarizadas (95%) de intervalo de confianza	
Azocar 2003	132/149	0.11 (-0.13; 0.34)	0.23	--	--	
Trivedi 2004	--	--		175/175	0.36 (0.15; 0.57)*	*
Worrall 1999	--	--		91/56	0,26 (-0,08; 0,59)	0.45

* Estadísticamente significativo $p < 0,05$

+: Post-hoc Power los efectos del estudio no fueron significativos

1. El estudio de Brown 2000 no hay datos disponibles de la varianza y el de Linden 2008 no tiene una media de adherencia comparable

2. Odd ratio > 1 representa una ventaja para el grupo de intervención

3. Solamente odd-ratio sin cifras exactas en la publicación

4. No se proporcionan cifras.

En la **Tabla 14** se detallan los tamaños del efecto de adherencia de los médicos a las GPC (OR, IC 95%).

El tamaño del efecto global fue de OR = 2.3, 95% CI (1.32, 3.98).

Tabla 14: Odds Ratio de los estudios individuales y Odd Ratio global.

	OR (lower 95% upper)		
Baker 2001	1.57	0.98	2.50
Eagles 2000	1.56	1.18	2.05
Golberg 1998	1.02	0.59	1.76
Worall 1999	1.97	1.00	3.88
Forsner 2010	15.14	8.76	26.17
Bermejo 2009	1.73	0.98	3.05
Zwerver 2011	3.19	2.19	4.65
Sorensen 2008	1.71	0.44	6.65

Summary OR= 2.3, 95% CI (1.32, 3.98)			
Test for heterogeneity: $X^2(7) = 68.05$ (p-value 0)			
Estimated random effects variance: 0.53			

En la **Figura 4** se representan gráficamente en un diagrama de bosque (*Forest-plot*) los resultados del metaanálisis realizado. Con excepción del estudio de Golberg et al. (1998), todos los demás estudios tuvieron un efecto positivo y el resultado del efecto global fue de 2.3, (95% IC de 1.32 a 3.98).

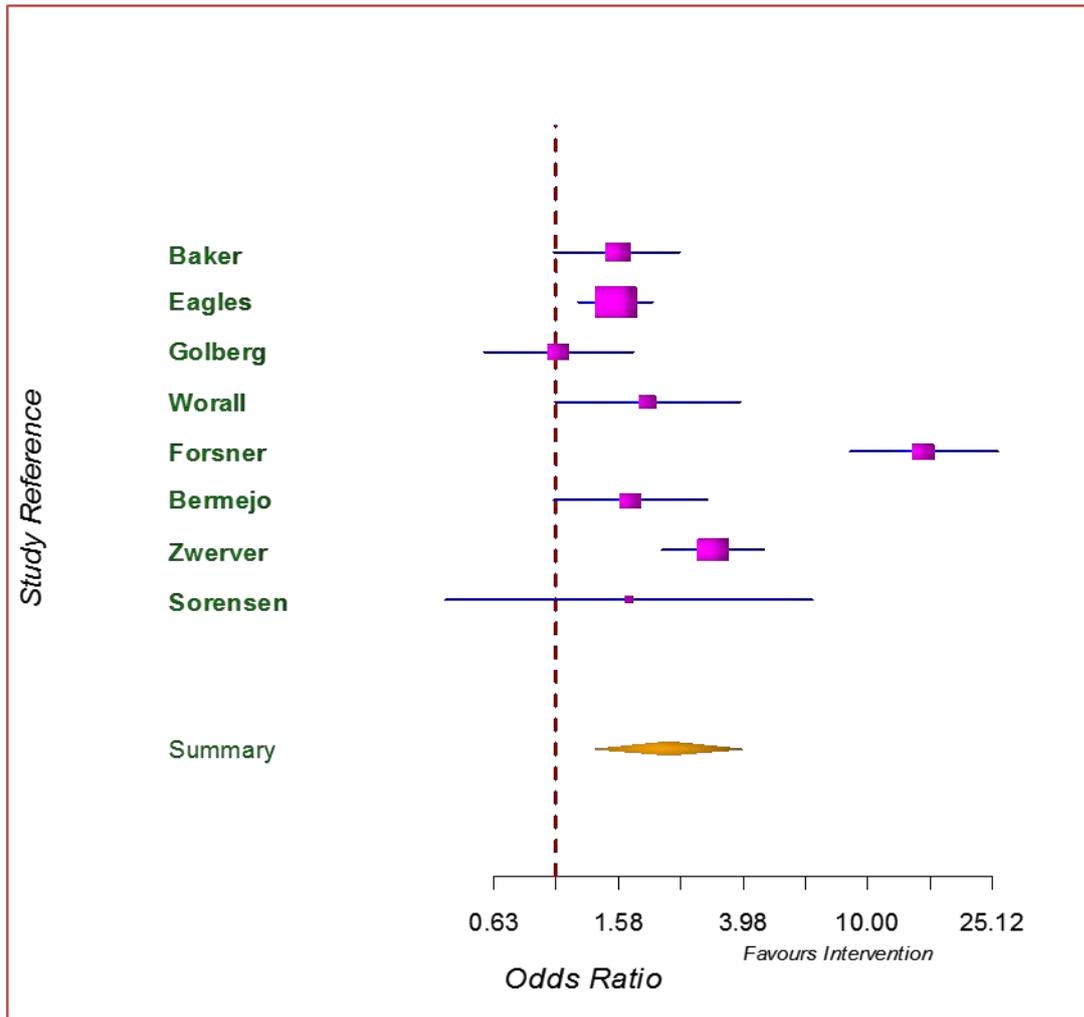


Figura 4: Diagrama de bosque, según el modelo de efectos aleatorios, para los estudios de adherencia a las GPC, incluidos en el metaanálisis.

Realizamos un análisis parcial de sensibilidad excluyendo el estudio de Forsner et al. (2010) que tenía el resultado más significativo y encontramos un efecto también positivo pero de un tamaño menor, aunque con un límite inferior del IC similar (OR= 1.76 95% IC (1.31, 2.37)).

Con respecto a los estudios que presentaban datos continuos, no se ha podido realizar un análisis cuantitativo, ya que sólo uno de ellos daba resultados en la adherencia del médico (Azocar et al., 2003) y los otros dos sólo tenían medidas de resultados en la respuesta clínica del paciente (Trivedi et al., 2004 y Worrall et al., 1999).

Entre los 8 estudios que miden los efectos de la implementación de la guía en los resultados clínicos de los pacientes, solo uno alcanza resultados positivos (Trivedi et al., 2004). Pero, además utilizan medidas para valorar dicho efecto muy heterogéneas y que resultan de difícil comparación, por lo que se ha desestimado realizar un análisis cuantitativo.

3.2.2.3. Discusión

Los 14 estudios que hemos identificado en la revisión sistemática muestran que es posible, desde un punto de vista metodológico, evaluar el efecto de la implementación de las GPC de depresión tanto en la adherencia como en el efecto clínico en pacientes. El principal resultado de este estudio es que la implementación activa de GPC de depresión produce efectos positivos moderados en la adherencia de los médicos al seguimiento de las recomendaciones de las guías (OR=2.3, 95% IC de 1.32 a 3.98).

El principal problema para esta revisión ha sido el que, después de muchos años de costosos procesos de desarrollo de GPC de depresión, el número de estudios en los que se analizan los efectos de la implementación es muy limitado, tanto en lo que se refiere a la adherencia del profesional a las recomendaciones de la guía como en los resultados clínicos en los pacientes. Además, podemos afirmar que la calidad global de los estudios es reducida, con un alto riesgo de sesgo en la mayoría de los casos.

Como los estudios utilizan medidas en pacientes muy heterogéneas y poco comparables, solo pudo llevarse a cabo un metaanálisis para cuantificar globalmente los resultados de los estudios que han proporcionado una medida la adherencia de los profesionales a las GPC. Podemos considerar que la adherencia a la guía es imprescindible para poder observar efectos clínicos en los pacientes. Pero, la revisión sistemática realizada solo pudo identificar un trabajo en el que este efecto en la mejora clínica de la depresión es robusto y demuestra una clara significación estadística y clínica (Trivedi et al., 2004). La estrategia multifacética de este estudio es costosa e intensiva,

además se limita a validar un algoritmo de optimización del tratamiento psicofarmacológico (TMAP). En este estudio el efecto positivo no solo se logró a los 3 meses, sino que fue aumentando hasta los 12 meses. Es posible que el componente de intervención con el paciente y familia pueda contribuir a la mejora de los resultados y a su mantenimiento a largo plazo.

Otra explicación para estos hallazgos positivos, es que se trata del único estudio en el que se utiliza un sistema de ayuda a la toma de decisiones computarizado y de fácil acceso para los profesionales de acuerdo con la estrategia de “*The Texas Medication Algorithm Project*” (TMAP). Pero sus resultados sugieren también la necesidad de estudiar el efecto de otras recomendaciones distintas a las psicofarmacológicas, que integren las evidencias sobre intervenciones psicoterapéuticas, así como en el diagnóstico en un marco organizativo integrado entre primaria y salud mental.

Los resultados de los demás estudios revisados en este trabajo, sugieren que los efectos de la implementación de las GPC de depresión en los resultados clínicos del paciente son escasos y, en la mayoría de los casos de duración limitada. Los efectos de adherencia se mantienen hasta 24 meses en el estudio de Forsner et al. (2010) al facilitar el *feedback* continuado a los profesionales mediante un panel de indicadores de calidad basado en las principales recomendaciones de la guía.

Es evidente pues, que más que nuevas guías con desarrollos de alto coste en tiempo y recursos, necesitamos más pruebas sobre los efectos de la implementación de GPC de depresión que también demuestren mejoras en el seguimiento de las recomendaciones de evaluación diagnóstica y, muy especialmente del riesgo de suicidio en pacientes deprimidos (Forsner et al., 2010). En un reciente estudio cualitativo sobre la implementación de la guía NICE de depresión (Mitchell et al., 2011) se pone en evidencia el potencial impacto negativo de las barreras de los profesionales a la implementación de instrumentos de *screening* de depresión y de valoración de gravedad. Estos instrumentos de ayuda al diagnóstico y la evaluación, se consideran elementos esenciales para mejorar el reconocimiento y el seguimiento de los casos en

primaria. Una percepción negativa de los médicos puede impedir cualquier cambio en su práctica clínica, como ya se apuntó en un trabajo también cualitativo realizado en nuestro entorno (Fernández et al., 2010b). El PHQ-9 es el instrumento que propone la Guía NICE (Mitchell et al., 2011) y el mismo que se incluye en nuestra GPC-DEPc, que cuenta además con un módulo adicional de evaluación del riesgo de suicidio (MINI-interview). Por tanto, esperamos que este proyecto de evaluación de implementación de la GPC-DEPc pueda ofrecer respuestas válidas de orden cuantitativo, de las que carecemos por el momento.

La evaluación cualitativa de los resultados presentados en esta revisión sobre la adherencia del médico a las recomendaciones de la guía nos indica que aquellos estudios que utilizan estrategias multifacéticas e intervenciones más interactivas son los que producen mejores resultados. Métodos interactivos tales como auditoría, retroalimentación y visitas de extensión académica (visitas educativas ó AD) parecen ser más eficaces, favoreciendo el aumento del compromiso de los médicos para producir cambios en su práctica clínica. Todas estas técnicas de implementación deberían acompañarse de elementos tecnológicos como el algoritmo computarizado del trabajo de Trivedi et al. (2004) que faciliten las buenas prácticas (Latoszek-Berendsen et al., 2010) y que se integren en los registros electrónicos para que sean más efectivas (Sonneberg et al., 2006). Estos sistemas facilitan mediante el uso de alarmas, recordatorios y elementos de ayuda, el seguimiento de las recomendaciones de las guías. Además, también hacen posible el registro sistemático de la información clínica y facilitan la evaluación automática. De esta manera, se automatiza el necesario *feedback* a los profesionales y gestores.

Aunque el efecto encontrado en esta revisión y metaanálisis es moderado, está muy claro que las estrategias clásicas de difusión de GPC generalmente tienen menores impactos. A la vista de los resultados, no parece probable que la persistencia en métodos pasivos de difusión de GPC sea una estrategia adecuada y, menos aún si se pretende mantener los cambios en el tiempo como ocurre en los estudios más activos (Forsner et al., 2010; Trivedi et al., 2004).

Limitaciones de la revisión.

Las limitaciones de este estudio comienzan con la misma estrategia de búsqueda: se puede perder algún estudio debido a que no usen palabras clave con los términos que seleccionamos en la búsqueda. Por este motivo se realizó una búsqueda adicional más sensible que incluyó revisar las principales referencias de los artículos encontrados. También tenemos que añadir el llamado sesgo de publicación (mayor probabilidad de publicación en trabajos con resultados estadísticamente significativos y con gran número de pacientes) y el sesgo del idioma ya que la búsqueda se centró en publicaciones en inglés y es posible que los resultados significativos alcanzados en países de habla no inglesa se publiquen más frecuentemente en inglés por la mayor difusión alcanzada, precisamente dentro de nuestra revisión dos artículos de Suecia y uno de Alemania, Holanda y Dinamarca presentaban resultados positivos sobre los efectos de la implementación.

En un periodo de búsqueda de más de 15 años en las principales bases de datos, logramos incluir muy pocos estudios que analizan las intervenciones para implementación de GPC de depresión. En esta revisión se incluyeron únicamente estudios controlados que presentaron una alta heterogeneidad (Q de Cochran, significativa), por lo que se realizó un metaanálisis siguiendo el método de efectos aleatorios (Der Simonian-Laird), que da más solidez a los resultados positivos encontrados. Otra limitación relevante es el alto riesgo de sesgo de los estudios existentes: algunos no informaron sobre la asignación al azar, la forma de ocultación de la asignación, pero lo más generalizado es que en los estudios, los investigadores que recogen los datos no eran ciegos a la asignación del grupo del estudio. Esta ocultación de los evaluadores resulta muy difícil de lograr en este tipo de trabajos, por lo que se decidió no incluirlo como criterio de riesgo de sesgo. En todo caso, se tomaron medidas para evitar efectos de contaminación entre grupos en la mayoría de los trabajos.

Los estudios publicados difieren sustancialmente en contenido, duración, intensidad y frecuencia de los programas de intervención, lo que lleva a una mayor dificultad para realizar las comparaciones. Sin embargo, hemos sido capaces de llevar a cabo un metaanálisis con los resultados de los estudios que medían la adherencia de los profesionales a las GPC. Debe tenerse en cuenta que los estudios PPC presentan un mayor riesgo de sesgo y confusión debido al hecho que la intervención fue elegida deliberadamente y no asignada al azar. Así pues, el tamaño del efecto encontrado puede estar incrementado por los ensayos no aleatorios.

Con respecto a los resultados clínicos en los pacientes, esta revisión sólo puede dar una versión narrada de un pequeño grupo diverso y heterogéneo de estudios, entre los que destaca el de Trivedi et al. (2004) que se ha discutido extensamente. Esta heterogeneidad impidió que se pudieran combinar para analizar los efectos de la implementación en los resultados clínicos de los pacientes, a pesar de que era uno de los objetivos del estudio.

Generalización y aplicabilidad de los resultados.

Por los motivos expuestos, es difícil generalizar los resultados obtenidos. La revisión realizada pone de manifiesto la ventaja de las estrategias de implementación multifacética sobre las demás, para conseguir un mayor compromiso de los profesionales en el seguimiento de las recomendaciones. La evidencia moderada obtenida hace recomendable su inclusión en futuros estudios de implementación.

3.2.2.4. Conclusiones

A pesar de la disponibilidad de un gran número de GPC de Depresión y de los costosos esfuerzos en su desarrollo y difusión, sólo hemos identificado unos pocos estudios controlados de implementación. Las evidencias actuales a favor de estrategias de implementación de GPC no son muy sólidas. Hemos encontrado un efecto moderado en la adherencia a las recomendaciones por parte de los profesionales que debe ser considerado en futuros procesos de implementación de guías. Pero, en todo caso y de acuerdo con la revisión realizada, los elementos que pueden ser claves para una estrategia exitosa son:

- a) las técnicas de implementación multifacéticas, que pueden incluir técnicas psicológicas específicas para aumentar el compromiso de los profesionales y;
- b) la adaptación de la GPC, para que funcionen como un sistema computarizado de ayuda a la toma de decisiones clínicas, integrado en los registros clínicos electrónicos.

Los trabajos publicados con resultados clínicos en pacientes son todavía más escasos y con problemas metodológicos que dificultan la comparación.

Por todo ello, son necesarios más estudios que incluyan, además de las estrategias identificadas, sistemas computarizados que faciliten la mejora continuada y el mantenimiento de los efectos a largo plazo.

3.2.3. Programa de implementación

Existe gran cantidad de bibliografía disponible de cómo desarrollar guías, sin embargo, la información disponible para diseñar un plan de implementación efectivo es muy limitada. Para elaborar el programa aplicado en este proyecto, se han revisado los trabajos de la NICE (2008), SING (2014) y Grupo de trabajo sobre implementación de GPC (2009), ya que presentan planteamientos elaborados y sistemáticos. Sin embargo, ningún planteamiento estándar puede asegurar el éxito de una estrategia aplicada en nuestro medio para una novedosa guía computarizada de depresión.

Por este motivo, en el diseño de nuestro plan de implementación se han considerado e integrado, por un lado, los principales resultados de la encuesta de barreras y facilitadores locales y, por otro, las principales conclusiones de la revisión de la literatura antes expuesta.

Los elementos que integran el **plan de implementación** son los siguientes:

- a. Una estrategia definida de intervención multifacética, con acciones seleccionadas entre las más eficaces y que se consideran factibles.
- b. Constitución de un equipo local de implementación.
- c. Planificación y desarrollo de las intervenciones.
- d. Evaluación de los resultados.

Estrategia multifacética seleccionada

Después de valorar los resultados de los trabajos realizados (encuesta y revisión sistemática), se ha decidido realizar una **intervención multifacética**, donde estén incluidas las estrategias relacionadas en la **Tabla 15**.

INTERVENCIÓN MULTIFACÉTICA:

- Programa de formación interactivo
- Visitas de extensión educativa (AD)
- Auditoria y *feedback* regular
- Recordatorios periódicos

Tabla 15: Acciones incluidas en la intervención multifacética del plan de implementación de la GPC-DEPc.

Al elegir estrategias enfocadas a diferentes barreras, se ha considerado incluir aquellas que combinan **múltiples intervenciones**, tal y como se desprende de la revisión sistemática y el metaanálisis realizado. Las intervenciones escogidas están dirigidas a responder cuestiones claras, realizando un seguimiento longitudinal, e intentando un efecto sinérgico y efectivo a medio-largo plazo. Además, se ha considerado su factibilidad y aplicabilidad en nuestro medio.

En la Tabla **16** se relacionan las intervenciones seleccionadas asociándolas a la barrera identificada sobre la que podría actuar, con el objetivo de mejorar los resultados de implementación de la GPC-DEPc.

Barrera identificada	Posibles intervenciones para abordar las barreras identificadas
Motivación	Auditoria- feedback: estímulo y reconocimiento al personal que usa las GPC AD
Excesivo tiempo en familiarizarse	Programa formación interactivo
GPC enlentecen la práctica diaria	AD
Especializada en desacuerdo con GPC de AP	Involucrar líderes locales de opinión y especialistas de la zona Interacción entre los diferentes niveles asistenciales
Sobrecarga asistencial	AD

*AD: *Academical Detailling (visitas de extensión educativa)*

Tabla 16: Intervenciones para abordar barreras identificadas

El programa se ha diseñado para que no sea excesivamente complejo, costoso o laborioso como para impedir su generalización a todos los centros de Atención Primaria que disponen de e-CAP. No debemos olvidar que la mayoría de los centros de primaria catalanes (más del 80%), utilizan el e-CAP y, por tanto, tienen accesibilidad al uso de la GPC-DEPc u otras GPC de salud mental que puedan integrarse en el futuro. Por ello, es importante que el plan de implementación sea potencialmente generalizable, en el caso de demostrarse su efectividad. Además, se ha diseñado como un programa de mejora de calidad en el que la participación e implicación de los profesionales es una premisa.

A continuación, se realiza una breve descripción de cada una de las intervenciones escogidas para el plan específico de implementación evaluado en este trabajo:

- Programa de formación interactivo:

Este programa de formación está adaptado a las necesidades específicas del proyecto y a sus objetivos concretos. Su duración es entre 2 y 3 h. La propuesta formativa se centra en mejorar los conocimientos y competencias de todos los médicos de primaria y enfermeras de cada centro donde se realice la implementación activa en dos aspectos distintos:

- *Conocimientos básicos sobre la depresión y el riesgo de suicidio*, mediante talleres interactivos de casos clínicos para mejorar las actitudes y modificar barreras personales, así como mejorar y /o ampliar el conocimiento de los trastornos depresivos y del riesgo de suicidio
- *Conocimiento básico y práctico de la GPC-DEPc que permita adquirir un conocimiento esencial y competencias básicas para:*
 - ✓ el uso de los instrumentos de evaluación que contiene (PHQ-9, módulos de depresión y riesgo de suicidio de la *MINI-interview* y de la escala EEAG);
 - ✓ el seguimiento de las recomendaciones de tratamiento farmacológico y conocer las indicaciones psicoterapéuticas;
 - ✓ manejar de forma eficiente la estructura modular de la guía (módulos de diagnóstico, terapéutico y de seguimiento) así como conocer los sistemas de alarma, recordatorios y ayudas más significativas que contiene.

Además de esta intervención formativa presencial se ha ofrecido a todos los participantes la oportunidad de acceder a un programa de formación *e-learning* de atención integrada de la depresión. Esta formación on-line, se ofreció gratuitamente a todos los profesionales participantes y se dio acceso a 152 médicos y enfermeras de los 5 centros participantes, además de los psiquiatras de referencia. Se trata de un curso online producido por la *Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental*, basado en casos clínicos (y que se acreditó con 3,7 créditos de FMC). A través de una plataforma de formación continuada de la Acadèmia, se incluyen diversos casos clínicos utilizando los instrumentos de diagnóstico, recomendaciones terapéuticas y de seguimiento de los episodios depresivos recomendadas en la *“Adaptació al model sanitari català de la Guia*

de *Pràctica Clínica sobre el maneig de la depressió major en l' adult*". El curso se elaboró ad hoc por el equipo de formadores -entre los que se incluyó la autora de este estudio-, y un equipo técnico de i2Cat en el último trimestre de 2012 y cuenta con algunos módulos específicos para médicos y enfermería.

- Visitas de extensión educativa (*academic detailing AD*)

El objetivo de AD es el de influir o cambiar el comportamiento del médico en su práctica clínica a través de la presentación de información basada en la evidencia sobre un tema específico en un encuentro cara a cara. Los términos comunes usados en la literatura son también "*educational outreach*", "divulgación educativa", (Borgermans et al, 2010). Se realizarán estas visitas de extensión educativa con los profesionales de cada centro experimental mensualmente durante 4 meses (mínimo de 3 sesiones). Los principios clave de AD son:

- Realizar entrevistas para investigar el conocimiento básico y las motivaciones para los patrones conocimiento y de prescripción actuales
- Definir objetivos educativos y de comportamiento claros;
- Establecer credibilidad al tener una identidad organizacional independiente, haciendo referencia a fuentes de información autorizadas e imparciales y presentando ambos lados de temas polémicos;
- Estimular la participación activa de los médicos en las interacciones educativas;
- Utilizar materiales educativos gráficos concisos resaltando y repitiendo los mensajes esenciales;
- Proporcionar un refuerzo positivo de prácticas mejoradas en las visitas de seguimiento, ya que la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional.

- Auditoría y retroalimentación (feedback):

El concepto de auditoría y retroalimentación se define como “cualquier resumen de la práctica clínica o de la asistencia sanitaria durante un periodo específico de tiempo”. Se puede entregar en formato escrito, electrónico o verbal. El resumen también puede incluir recomendaciones para la acción clínica. Se usa frecuentemente como una estrategia para mejorar la práctica de los profesionales ya que parece lógico que estén dispuestos a modificar su práctica clínica si la opinión que reciben sobre la misma no concuerda con la de sus colegas o con las pautas convencionales.

El *feedback* ofrecido mensualmente tiene el objetivo de asegurar que la mejora se alcanza gradualmente y que se consolide para su mantenimiento en el tiempo. Por este motivo los indicadores se enviarán por e-mail a cada profesional del centro durante toda la duración del estudio (6 meses).

El *feedback* mensual que recibieron todos los médicos y enfermeras que firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio y facilitar sus datos se relaciona en la **Tabla 17**.

Indicadores de uso de la guía (implementación) por cada profesional del centro y uso global en los centros activos
Nº de pacientes con al menos un uso de guía
Nº de médicos que han utilizado la guía
Nº de pacientes con diagnóstico F32.x o F33.x (incidencia y prevalencia)
Nº de pacientes con diagnóstico de DM moderada o grave
Pacientes con prescripción adecuada de AD según Guía
Pacientes con evaluación de gravedad PHQ-9
Pacientes con evaluación de riesgo de suicidio (MINI-suicidio)

Tabla 17: Indicadores utilizados en el *feedback* mensual a los profesionales de los centros de implementación activa.

- Recordatorios.

Se realizarán mensualmente recordatorios generales periódicos en el e-mail del profesional para favorecer el uso de la guía. En la **Tabla 18** se incluye un ejemplo de los mensajes iniciales utilizados.

Bon dia

Volem recordar-te que pots utilitzar la Guia de Pràctica Clínica de la Depressió, o qualsevol de les seves eines, per facilitar el diagnòstic, tractament i seguiment dels teus pacients amb un episodi depressiu (F32.xx i F33.xx).

En els propers dies t'informaré de la data en que anirem de nou al teu CAP per donar-te la informació de com va l'estudi d'implementació, el vostre grau de participació i per ajudar-te en qualsevol dubte que tinguis sobre l'ús de la guia. Pots fer-nos consultes també a mi, a la Dra. MDM i al psiquiatra referent del Taulí també per email.

Adjunt us envio les diapositives amb les principals pantalles per accedir a la Guia a l'e-CAP que vàrem revisar en la primera sessió.

Salutacions,

Tabla 18: Ejemplo de mensaje de recuerdo utilizado en el estudio.

Constitución del equipo implementador

Una vez realizada la aleatorización de los centros, se procedió a constituir los equipos locales de implementación en cada una de los cinco EAPs seleccionados tras la aleatorización. Está constituido un **equipo de implementación local (Tabla 19)**, en el que participa un médico de AP y una enfermera del propio centro, el psiquiatra y/o psicólogo de referencia del centro, la propia doctoranda como psiquiatra externa y un médico de atención primaria externo, pertenecientes al equipo investigador.

Constitución de un equipo local multidisciplinar en cada Centro experimental:	
<input type="checkbox"/>	Médico de Atención Primaria (referente de Salud Mental)
<input type="checkbox"/>	Enfermera de Atención Primaria
<input type="checkbox"/>	Psiquiatra y/o Psicólogo de referencia del Centro
<input type="checkbox"/>	Médico de AP externo
<input type="checkbox"/>	Psiquiatra Externo

Tabla 19: Composición de equipo local de implementación de la Guía.

Considerando la relativa baja confianza en Guías de salud mental detectada (40%) en la encuesta y la opinión de discrepancia entre recomendaciones de guías y especialistas con la práctica clínica en Atención Primaria, se consideró necesario incorporar en la formación del programa a los psiquiatras referentes de cada EAP en los centros de implementación. De esta manera se potenciaron las oportunidades de interactuar y resolver cualquier conflicto o discrepancia potencial con las recomendaciones de la GPC a lo largo de todo el estudio. Los médicos pudieron conocer mejor las razones de las diferentes actuaciones sobre un paciente en particular, dependiendo del nivel asistencial y de su situación clínica, resolviendo potenciales contradicciones o dudas que pudo suscitar el uso de la GPC-DEPc. No hay que olvidar que las GPC generalmente recogen muchas recomendaciones básicas para las que hay un mayor grado de evidencias. Mientras que, para casos de alta complejidad, las recomendaciones suelen ser menores, al disponer de menor grado de evidencia.

Se realizaron encuentros regulares con cada equipo tras la identificación de barreras y se utilizaron los factores detectados para ajustar la intervención al contexto, en definitiva, construyendo posibles soluciones y estrategias para promover el cambio.

La dirección de todas las visitas AD y la mayor parte de la docencia de los talleres formativos realizados en cada centro activo, corrió a cargo de la psiquiatra externa (autora de este trabajo), con la colaboración del resto de miembros de cada equipo implementador.

Todos los médicos y enfermeras participantes en el estudio de los centros activos recibieron una hoja informativa y firmaron un consentimiento informado para que sus datos pudieran ser utilizados en el desarrollo del estudio (**Anexo III**).

Planificación y desarrollo de las intervenciones

La definición de un cronograma permitió ajustar las actividades a los tiempos reales en el que se realizó el plan de implementación. El inicio del ensayo se retrasó por problemas técnicos de desarrollo e integración de la GPC-DEPc en el e-CAP. En la **Figura 5** se muestra el cronograma definitivo de desarrollo del plan de implementación.

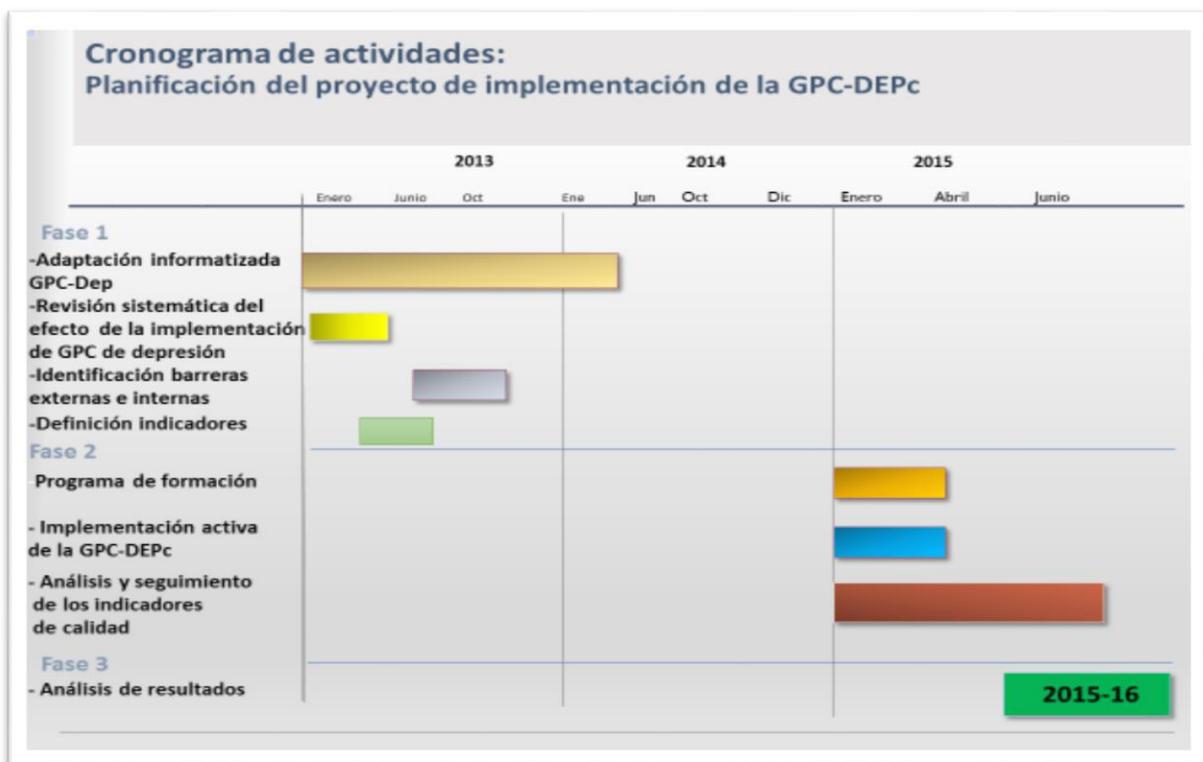


Figura 5: Cronograma de actividades del plan de implementación de la GPC-DEPc.

Evaluación de la implementación

Las evaluaciones de los procesos de implementación de las GPC tienen que permitir conocer el grado de aplicación de la guía por parte de los profesionales (la adherencia o seguimiento de sus recomendaciones) y también obtener datos sobre su impacto en la atención sanitaria de los pacientes con depresión (resultados clínicos en los pacientes). De forma complementaria, es muy recomendable el poder conocer cualquier efecto de la aplicación de la GPC-DEPc sobre los resultados de la morbilidad y la mortalidad por suicidio asociadas a la depresión en los territorios en los que se apliquen.

En el capítulo de material y métodos se describen los indicadores utilizados en este estudio para realizar una evaluación adecuada del impacto del plan de implementación.

Capítulo 4: Hipótesis y objetivos

Hipótesis principal:

H-1. El proceso de implementación multifacético activo de la GPC-DEPc produce diferencias en su utilización en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, entre los centros experimentales y los controles durante los primeros 6 meses.

Hipótesis secundarias:

H-2. Las tasas de diagnóstico de depresión mayor (F32.x; F33.x; CIE-10) y la evaluación de la gravedad (moderada-grave) se incrementan en los centros experimentales en los que se realiza la implementación activa, en relación a los centros control, durante los primeros 6 meses.

H-3. La adecuación del tratamiento antidepresivo (según la guía) y la adherencia al tratamiento son superiores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control, durante los primeros 6 meses.

H-4. La utilización de servicios especializados de salud mental (derivaciones, visitas a urgencias, ingresos psiquiátricos), son menores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control durante los primeros 6 meses.

H-5. Las tasas de tentativas de suicidio y de suicidio consumado son menores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control, durante los primeros 6 meses.

Objetivo principal:

O-1. Estudiar si el proceso de implementación multifacético activo de la GPC-DEPc produce un incremento significativo en su utilización en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, en los centros experimentales en relación a los controles, durante los primeros 6 meses.

Objetivos secundarios:

O-2. Estudiar si las tasas de diagnóstico de depresión mayor (F32.x; F33.x) y la evaluación de la gravedad (moderada-grave: F32.1-3 o F33.1-3) se incrementan en los centros experimentales en los que se realiza la implementación activa en relación a los centros control, durante los primeros 6 meses.

O-3. Analizar si la adecuación del tratamiento antidepresivo (según la guía) y la adherencia al tratamiento, son superiores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control, durante los primeros 6 meses.

O-4. Determinar si la utilización de servicios especializados de salud mental (derivaciones, visitas a urgencias, ingresos psiquiátricos), son menores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control, durante los primeros 6 meses.

O-5. Analizar si las conductas suicidas -tentativas de suicidio y suicidio consumado- son menores en los centros experimentales en los que se realiza una implementación activa en comparación con los centros control, durante los primeros 6 meses.

Capítulo 5: Metodología

5.1. Tipo de investigación y diseño del estudio

Se realiza un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados (número registro NCT02328833), multicéntrico en diez Equipos de Atención Primaria (EAPs) del Vallés Occidental Este (Barcelona) en colaboración con el Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), centro de referencia de salud mental del área.

El Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí, gestiona dos Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) que atienden de forma ambulatoria a la población de las 13 Áreas Básicas de Salud (ABS), de 229.089 personas, según el Registro Central de Asegurados de 2012 (**Tabla 20**).

Tabla 20: Relación de Áreas Básicas de Salud del Vallés Occidental Este.

Código ABS	Recursos Humanos		Población Total*
	ABS		
Castellar del Vallés	Enf: 14	MF: 12	19.815
Barberá del Vallés	Enf: 18	MF:13	25.669
Sabadell 1 A	Enf: 14	MF:15	25.815
Sabadell 1 B	Enf: 10	MF:10	17.050
Sabadell 2	Enf: 14	MF:12	20.906
Sabadell 3 A	Enf: 13	MF: 11	16.470
Sabadell 3 B	Enf: 9	MF: 8	13.281
Sabadell 4 A	Enf: 9	MF: 9	12.624
Sabadell 4 B	Enf: 15	MF:13	18.109
Sabadell 5	Enf: 11	MF: 9	15.009
Sabadell 6	Enf: 20	MF:17	25.440
Sabadell 7	Enf: 5	MF: 4	6.828
Polinyà/ Sentmenat	Enf: 8	MF: 9	12.073
Población total			229.089

*Población del Registro Central de Asegurados (RCA) en 2012

Enf: N° de Enfermeras

MF: N° de Médicos de familia

Esta área de salud del Vallés Occidental Este se ha dividido en 5 conglomerados, atendiendo a criterios de proximidad geográfica y número de población, de modo que en cada uno de ellos existen al menos 2 EAPs de características similares. De cada conglomerado se asignó, por aleatorización simple, uno de los centros al grupo experimental de implementación activa de la GPC-DEPc, mientras que el otro se asignó al grupo control, en el que únicamente se había realizado la difusión habitual de la GPC-DEPc y que recibieron todos los EAPs del ICS.

Se han eliminado del estudio 3 ABS: el de Sabadell 4B por no contar -en el momento del estudio - con sistema informatizado e-CAP y, por lo tanto, no tener acceso a la GPC-DEPc; Sabadell 7, por tener una población mucho menor; y Sabadell 1A, ya que no podía incluirse en ningún conglomerado, quedando impar. Por tanto, participaron finalmente en el estudio 10 equipos de Atención Primaria del área seleccionada.

En la **Tabla 21** se muestran los conglomerados con los centros controles y centros experimentales (denominados centros activos a partir de ahora), apareados tras realizar la aleatorización simple.

Tabla 21: Distribución aleatorizada de los centros controles y activos en cada uno de los conglomerados.

CONGLOMERADO	CONTROL	ACTIVO
1	Barberà del Vallès	Sabadell 6
2	Sabadell 2	Castellar del Vallès
3	Sabadell 1B	Sabadell 3A
4	Sabadell 4A	Sabadell 3B
5	Polinyà / Sentmenat	Sabadell 5

5.2. Población de estudio

Se incluyeron en el análisis todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de **depresión mayor** (códigos F32.x y F33.x de la CIE-10) registrados en el e-CAP en cualquiera de los diez centros participantes durante los siguientes periodos:

- T-0 Basal: del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2014, que corresponden a los cuatro meses previos al inicio de la implementación activa de la guía;
- T-1 Estudio: del 1 de enero al 30 de junio de 2015, correspondientes a los 6 meses siguientes desde el inicio de la intervención.

5.3. Variables de estudio

La variable principal del estudio es la utilización de la GPC-DEPc en los pacientes diagnosticados de **depresión mayor** en cualquiera de los diferentes centros durante los periodos evaluados. Se define “**uso de la GPC-DEPc**” (*) como el porcentaje de pacientes con un nuevo diagnóstico de depresión registrado en el e-CAP durante cualquiera de los periodos analizados, en los que al menos se ha utilizado alguno de los instrumentos de evaluación clínica de la GPC-DEPc. Estos instrumentos son accesibles al activar la Guía con el fin de hacer llegar las recomendaciones a los pacientes (para descartar o confirmar el diagnóstico, para seguir la recomendación terapéutica o en el seguimiento).

(*) Indicador de Uso de la GPC-DEPc:

Numerador: % de Pacientes \geq 18 años con diagnóstico de **depresión mayor** con al menos un uso de GPC-DEPc*, durante el periodo evaluado

Denominador: Total de pacientes \geq 18 años con diagnóstico de depresión mayor atendidos en el (los) EAP(s) al menos una vez en el mismo periodo evaluado

Los instrumentos específicos de evaluación de la depresión que pueden ser utilizados al activarse la **GPC-DEPc** son:

1. **MINI-*Interview* de diagnóstico de Depresión Mayor (MINI-DEP)**. Se trata del módulo de diagnóstico de episodio depresivo mayor incluido en la MINI -*International Neuropsychiatric Interview*- (Sheehan et al., 1998). Su uso permite validar o no el diagnóstico de DM en el módulo de Diagnóstico de la Guía. Una vez validado el diagnóstico su utilización no es necesaria ni está recomendada. La Guía permite confirmar el diagnóstico a criterio clínico sin necesidad de utilizar este módulo obligatoriamente.
2. **PHQ-9**: El Cuestionario sobre la Salud del Paciente -9 (Kroenke et al., 2001) es la escala clínica estandarizada que permite evaluar la gravedad de la depresión en cualquier momento evolutivo (basal, respuesta terapéutica, seguimiento clínico). Por tanto, es un elemento clave en el uso de la Guía, ya que las recomendaciones terapéuticas se basan en la segmentación de los pacientes por gravedad, y se utilizará en diferentes ocasiones hasta la recuperación completa y también en el seguimiento.
3. **Módulo de Riesgo de Suicidio de la MINI-*Interview***. La GPC-DEPc incluye el módulo de evaluación específica de riesgo de suicidio de la MINI-*Interview*. La Guía solo obliga a utilizarlo en casos en que el ítem 9 de la PHQ-9 sea distinto a 0.
4. **EAAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global** (Endicott et al., 1976). Es una escala que mide la repercusión funcional de los trastornos mentales en general, y de la depresión en particular, en los pacientes y que se ha incorporado al e-CAP a través de la Guía. Su uso puede ser repetido desde la evaluación basal.

Las variables analizadas para dar respuesta a los **objetivos secundarios** del estudio se relacionan a continuación:

1. Tasa de incidencia de depresión: se calcula el % mensual de nuevos diagnósticos de depresión x 1000 pacientes activos en el periodo evaluado.
2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de depresión moderada y grave, sobre el total de pacientes incidentes con depresión mayor en el periodo evaluado.
3. Adecuación del tratamiento antidepresivo: % de nuevos pacientes con diagnóstico de depresión moderada o grave que tienen una prescripción de antidepresivos -de acuerdo con la Guía-, sobre el total de pacientes con depresión mayor en el periodo evaluado.
4. Adherencia al tratamiento antidepresivo: % de nuevos pacientes con diagnóstico de depresión mayor que retira de farmacia la prescripción del tratamiento antidepresivo durante el periodo evaluado.
5. Utilización de servicios especializados de salud mental: número de derivaciones, visitas a urgencias e ingresos psiquiátricos realizados en el Parc Taulí de los pacientes nuevos con diagnóstico de depresión mayor atendidos por cualquiera de los profesionales de los 10 EAPs, en los periodos evaluados.
6. Número de conductas suicidas: incluye el número de casos de Tentativas de Suicidio atendidos en urgencias del Taulí y, en su caso, de los suicidios consumados que afectan a los pacientes con diagnósticos nuevos de depresión mayor atendidos en cualquiera de los 10 EAPs del estudio, durante los periodos evaluados. El Servicio de Salud Mental de Parc Taulí dispone de un registro propio de Tentativas de Suicidio atendidas en Urgencias y otro de Suicidios Consumados desde el año 2008.

En la **Tabla 22** se relacionan los indicadores analizados en los periodos T0 y T1 del estudio.

Tabla 22: Listado de indicadores analizados en T0 y T1.

	Indicadores	T0 (basal)	T1 (6 meses)
Indicador del objetivo principal	I. Uso de la Guía Utilización de la Guía computarizada	X	X
Indicadores de los objetivos secundarios	II. Incidencia Depresión Mayor Depresión Mayor Moderada o Grave	X X	X X
	III. Tratamiento antidepresivo Adecuación del tratamiento con antidepresivos Adherencia al tratamiento antidepresivo	X X	X X
	IV. Utilización de servicios especializados de SM Derivaciones SM Visitas a Urgencias Ingresos psiquiátricos	X X X	X X X
	V. Conductas suicidas Tentativas de suicidio Suicidio consumado	X X	X X

En la **Tabla 23** se incluye una relación completa de las variables analizadas por cada paciente durante los periodos T0 y T1 del proyecto.

Tabla 23: Relación de variables analizadas por paciente.

VARIABLES INDIVIDUALES POR PACIENTE	T0 Basal 4 meses	T1 Estudio 6 meses
Nº paciente	X	X
Edad	X	X
Sexo	X	X
Diagnóstico (F32 y F33)	X	X
Fecha del diagnóstico	X	X
MINI-interview (depresión) (puntuación)	X	X
Escala de evaluación actividad global (EEAG) (puntuación)+ fecha	X	X
PHQ9 (puntuación) + fecha	X	X
MINI-interview (suicidio) (puntuación) + fecha	X	X
Antidepresivo prescrito (fármaco)	X	X
Antidepresivo dispensado en farmacia	X	X
Médico (nº colegiado)	X	X
Centro (Nombre centro)	X	X
Derivación a psiquiatra (fecha)	X	X
Visita urgencias (*)	X	X
Tentativa suicidio (*)	X	X
Ingreso psiquiátrico (*)	X	X
Suicidio consumado (*)	X	X

Información registrada en e-CAP; (*) Información registrada en Sistema Información Clínica de Taulí

5.4. Implementación activa

La GPC-DEPc está operativa en todos los centros de AP de Catalunya que disponen del sistema e-CAP desde mayo de 2014.

En todos los centros de Atención Primaria del ICS, incluidos los centros del estudio - controles y activos -, se realizó un **proceso de difusión** homogéneo, que consistió en una única sesión de presentación de la GPC-DEPc, similar a la que habitualmente realiza el ICS para todas la GPC que incorporan al sistema e-CAP. Fue realizada durante los meses de abril y mayo de 2014 y consistió en una sesión informativa de asistencia voluntaria en cada centro, que tenía una duración aproximada de una hora. En la sesión se explicó el modo de acceder a la guía y su manejo básico. Además, se informó sobre la existencia de un tutorial telemático basado en casos clínicos, que facilita la consulta y la autoformación a los usuarios cuando se requiera. Se trata de un **sistema de difusión pasiva** de la guía.

En los centros experimentales se realizó **la intervención de implementación activa multifacética (Figura 6)** en el primer cuatrimestre de 2015. El calendario de dicha implementación fue el siguiente:

- **Enero de 2015:** taller formativo interactivo en cada centro de 2 a 3 horas.
- **Febrero, marzo y abril de 2015:** el equipo implementador local realizó en cada centro visitas mensuales de extensión educativa que incluyeron auditoría y feedback de la práctica clínica realizada por cada profesional, pudiendo compararse los diferentes indicadores de uso de guía con el resto de compañeros del centro y con la media de cada centro experimental.
- **Durante los 6 meses del estudio:** los resultados de los indicadores de *feedback* (**Tabla 17**) también se enviaron por e-mail a cada profesional de los centros activos mensualmente para estimular su utilización, durante toda la duración del estudio. Paralelamente se enviaron recordatorios mensuales al correo corporativo con el mismo propósito.

Figura 6: Intervenciones realizadas en Centros Control y Activos.

	Difusión habitual	Implementación activa 2015(*)			
	Abril-mayo 2014	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Centros activos		Sesión formativa interactiva	Visita de extensión educativa Auditoria y feedback Recordatorio	Visita de extensión educativa Auditoria y feedback Recordatorio	Visita de extensión educativa Auditoria y feedback Recordatorio
Centros controles					

(*) Al finalizar la implementación activa, se mantuvo el *feedback* de indicadores por e-mail mensual.

5.5. Extracción y administración de los datos

La extracción de datos para su posterior análisis se ha realizado con el organismo SIDIAP (*Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària*) de la *Fundació Jordi Gol i Gurina*, que es el responsable de la recogida y análisis de datos para todos los Centros de Atención Primaria que utilizan el sistema e-CAP, estén o no adscritos al *Institut Català de la Salut*.

Estos datos se extrajeron para todos los pacientes en T0, los 4 meses previos al inicio del estudio de septiembre a diciembre de 2014 y en T1, a los 6 meses posteriores desde el inicio del estudio en enero de 2015 (incluye la fase de implementación inicial).

Las fuentes de los datos son dos registros electrónicos: a) el registro del SIDIAP y; b) el sistema de información clínica del Hospital Universitario Parc Taulí. La gestión e integración de los datos se realizó por el SIDIAP garantizando el tratamiento anónimo de los datos, lo que simplificó el proceso de evaluación de las bases de datos. Los pacientes se identificaron mediante un número, y la correspondencia con el CIP se mantuvo anonimizada para los

investigadores. De esta manera, no es accesible la identidad de los pacientes desde la base de datos en la que se realiza el análisis.

No se requirió, por tanto, un cuaderno individualizado de recogida de datos, ya que se trata de un estudio de bases de registros clínicos oficiales.

Tampoco se requirió consentimiento informado individual, ya que en ningún caso la realización del estudio introduce cambio alguno en la práctica habitual, más allá de incrementar el uso de una guía oficial basada en la evidencia y de favorecer el seguimiento de las recomendaciones incluidas en la propia guía por parte de los profesionales.

5.6. Análisis de los datos

Los datos se analizan utilizando el programa SPSS para Windows. Se agrupan los centros según la intervención y se calculan los promedios de cada grupo según la asignación. Para la comparación de los métodos de implementación se usa la prueba *t* de *Student* apareada (uso de Guía, gravedad de la depresión mayor por grupos, adherencia), cociente de tasas (incidencia de casos) y χ^2 (gravedad de DM por conglomerados, adecuación del tratamiento, derivaciones, visitas a urgencias, ingresos psiquiátricos, tentativas autolíticas y suicidios consumados). Cuando la distribución de los datos hizo suponer la presencia de eventos raros, se asumió una distribución de Poisson. Se ha empleado un test apareado dadas las características del diseño, por el cual se generaron pares de centros de salud equivalentes en cuanto a variables confusoras. Un par de estos centros se considera estadísticamente una única unidad de análisis, asimilando el análisis al correspondiente a un diseño pre-post. Los periodos previo y posterior a la implementación se analizan independientemente (no multiplicidad), dado que las poblaciones en los dos periodos son distintas (entrada-salida de pacientes).

El análisis del uso de la guía en cada centro y las comparaciones entre grupos se realizaron a partir del registro en el e-CAP de las variables que se generan cuando se utiliza cualquiera de los instrumentos de evaluación clínica de la GPC-DEPc. Específicamente, se calculó el porcentaje de usos por centro

respecto a los nuevos diagnósticos de depresión en el período considerado. A continuación, se contrastaron los datos dentro de cada conglomerado mediante comparación de porcentajes asumiendo distribución de Poisson (distribución de “eventos raros”), normalmente utilizada con datos de recuento. Finalmente se realizó el contraste entre grupo control y grupo activo (contraste “global”) a partir del cálculo del promedio de los usos para cada grupo. Esta medida tiene distribución teórica normal, y por lo tanto se realizó la comparación entre grupos (controles versus activos) por medio de una prueba T de *Student* apareada.

Con el objetivo de evaluar la incidencia del diagnóstico de depresión en los centros del estudio, se recogieron los casos con nuevo registro de diagnóstico de depresión mayor y se calculó la incidencia mensual respecto de 1000 pacientes activos en cada centro. Posteriormente se realizó la comparación de grupos global y por conglomerado, mediante un análisis comparativo de tasas de incidencia. Este procedimiento se realizó para los datos recogidos tanto en el período previo a la implementación activa como en el período posterior.

Para la comparación global de todos los centros controles versus los centros activos, se calculó en primer lugar el total de casos nuevos de DM, el total de la población activa atendida (considerando dicha población cómo los pacientes que han acudido al CAP al menos una vez en el último año) y las tasas resultantes; en segundo lugar, se realizó el contraste entre estos valores para centros activos versus centros control mediante una prueba de cociente de tasas.

Con el objetivo de evaluar la proporción de diagnósticos de depresión según su gravedad, se identificaron los casos registrados con diagnóstico DM moderada y DM grave. A continuación, se calcularon las tasas de acuerdo al total de diagnósticos de DM en cada centro y se realizó una comparación de χ^2 para analizar las diferencias, ya que los recuentos mostraron frecuencias altas. Las diferencias globales entre todos los centros del grupo control versus todos los centros del grupo activo, se analizaron utilizando las medias del total de centros para cada grupo, y una prueba t de *Student* apareada. El mismo procedimiento

se realizó para los datos provenientes del período previo a la implementación activa (T0) como al período posterior (T1).

Para el análisis de la adecuación al tratamiento, se calculó en primer lugar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de DM entre moderada y grave, que habían recibido una prescripción de antidepresivos (de cualquier clase). Sobre este porcentaje se realizaron pruebas de χ^2 para las comparaciones de los datos entre centros controles versus centros activos.

La adherencia al tratamiento se calculó de acuerdo al porcentaje de pacientes que retiran de farmacia el tratamiento antidepresivo prescrito desde su indicación y durante todo el tiempo que restaba del estudio, sobre el total de pacientes con DM, independientemente de la gravedad del caso.

Este análisis se realizó en base a un cálculo teórico de un envase por mes desde el momento de la prescripción hasta el final del periodo evaluado (para todos los pacientes que tienen prescripción). La comparación entre grupos se realizó utilizando una prueba t de *Student* apareada, a partir de la media (y desvió estándar) de los promedios de cada centro control y respecto de la media de los promedios de los centros activos.

Los análisis de adecuación y adherencia al tratamiento antidepresivo se realizaron tanto previamente a la implementación activa de la guía (T0) como a posteriori (T1).

Para analizar durante T0 y T1 todos los indicadores de utilización de servicios especializados de salud mental (derivaciones, visitas a urgencias, ingresos psiquiátricos), se realizó un recuento de los datos de los pacientes de cada centro con diagnóstico incidente de DM que constaban en el sistema de información clínica del Taulí. Se compararon los datos obtenidos de los centros controles versus los centros activos, en relación al total de pacientes con diagnóstico de DM en los periodos de estudio, mediante una prueba de χ^2 .

El mismo procedimiento se realizó en el análisis de los resultados en tentativas de suicidio y suicidios consumados acaecidos en los dos periodos T0 y T1, para los pacientes con diagnóstico de DM de centros control y centros activos.

Capítulo 6: Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los análisis realizados para dar respuesta al objetivo principal y a los objetivos secundarios.

Los sujetos incluidos en el análisis son todos los que se diagnosticaron de novo de **Depresión Mayor** (DM) y de los que se generó un registro específico en e-CAP, en cualquiera de los 10 centros participantes, durante los periodos T0 y T1.

Durante los 4 meses incluidos en el periodo basal (T0), el periodo previo a la implementación activa, se diagnosticaron de DM a un total de 533 pacientes, de los cuales 285 (68.1% mujeres) correspondían a los centros control y 248 (64.9% mujeres) a los centros activos. La edad media de pacientes diagnosticados de DM en este periodo fue de 56,3 años. No se encontraron en T0 diferencias significativas, por sexo y edad, entre los pacientes con diagnóstico incidente de DM al comparar centros controles y activos.

Durante los 6 meses del periodo de estudio (T1), desde el inicio de la implementación, fueron diagnosticados de DM un total de 967 pacientes, de los cuales 359 (73% mujeres) correspondían a los centros control y 608 (69,9% mujeres) a los centros activos. La edad media de pacientes diagnosticados de DM en este periodo fue de 55,2 años. Tampoco se observaron diferencias significativas en T1 entre los pacientes con diagnóstico incidente de DM, para sexo y edad, al comparar centros controles y activos.

6.1. Resultados del análisis del objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es estudiar si el proceso de implementación activa de la GPC-DEPc produce un incremento significativo en su utilización en nuevos pacientes con diagnóstico de **Depresión Mayor** en los centros activos en relación a los controles, durante los primeros 6 meses.

Para alcanzar este objetivo, se analizaron los datos registrados en los centros de AP incluidos en el estudio, tanto activos como controles, en el periodo basal

(T0) y en el de estudio (T1). Tal y como se describe en la metodología (5.6. análisis de datos), para este análisis se valoraron los usos de los principales instrumentos de evaluación clínica integrados en la GPC-DEPc durante cada periodo evaluado (MINI-*Interview* de diagnóstico de Depresión Mayor -MINI-DEP-, Cuestionario sobre la Salud del Paciente - 9 -PHQ-9-, Modulo de Riesgo de Suicidio de la MINI-*Interview* y la Escala de Evaluación de la Actividad Global -EEAG-).

6.1.1. Uso de GPC-DEPc en el periodo basal (T0)

Se analiza la utilización de la Guía durante el periodo basal, que comprende los cuatro meses que van desde el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2014.

La descripción de la cantidad absoluta de usos de los instrumentos de interés en los distintos centros incluidos en el estudio, muestra una muy escasa utilización de la guía en todos ellos (13 y 14 usos en total en 4 meses respectivamente). La **Tabla 24** muestra los totales de las frecuencias para todos los centros, separados entre Centros Control y Centros Activos.

Tabla 24: Número de usos de la GPG-DEPc durante T0 (basal)

Uso instrumentos GPC-DEPc (T0)	Centros Controles	Centros Activos
MINI DEP	0	0
PHQ-9	5	5
MINI Suicidio	4	5
EAAG	4	4
Totales	13	14

Se estudió el porcentaje de pacientes con diagnóstico de DM para los cuales se comprobó al menos un uso de guía durante el período de interés. Como se muestra en la **Tabla 25**, los resultados para la comparación entre los centros de cada conglomerado de tasas de uso -asumiendo una distribución de

Poisson-, mostraron resultados en general no significativos, con la excepción del conglomerado 3, Sabadell 1B/Sabadell 3A ($p < 0,05$). La comparación de las medias de las tasas de uso globales entre grupos (centros controles vs centros activos) no mostró diferencias significativas ($2\% \pm 1,9\%$ vs $3,5\% \pm 2,5\%$; *t-Student* apareada, n.s. $p=0,44$).

Tabla 25: Uso de la GPC-DEPc en pacientes con DM durante T0 (Basal); N=533

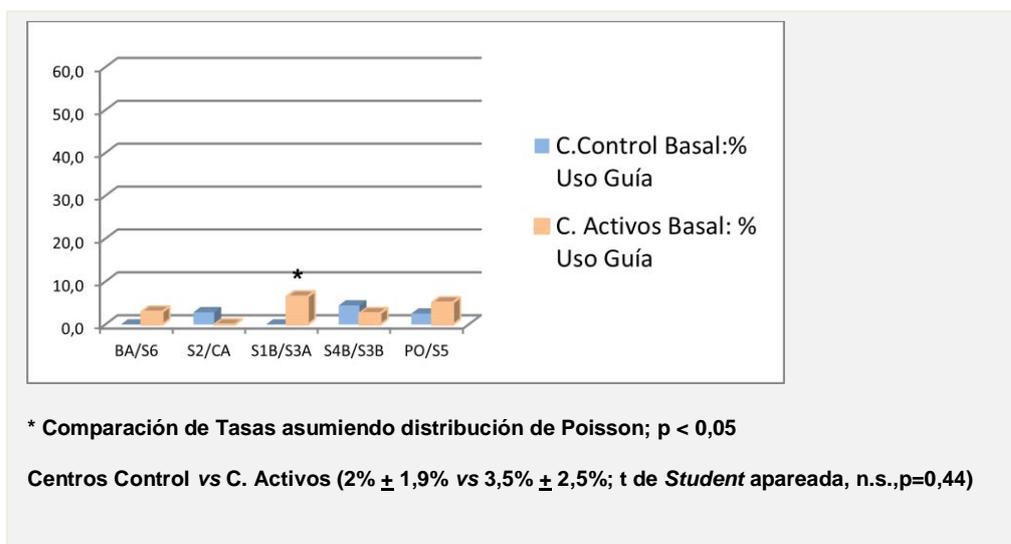
CENTROS CONTROLES	Nº USOS ¹	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% Casos con uso	CENTROS ACTIVOS	Nº USOS ¹	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% Casos con uso	*p-valor
BARBERA	0	69	0,0	SABADELL 6	2	67	3,0	0,272
SABADELL 2	2	77	2,9	CASTELLAR	0	58	0,0	0,413
SABADELL 1B	0	62	0,0	SABADELL 3A	3	46	6,5	0,033*
SABADELL 4A	2	45	4,4	SABADELL 3B	1	38	2,6	0,34
POLINYA	1	39	2,6	SABADELL 5	2	39	5,1	0,999
Total		285	$X^{**} \pm SD = 2,0 \pm 1,9;$ IC (95%)=[0-4,38]	Total		248	$X^{**} \pm SD = 3,5 \pm 2,5;$ IC (95%)=[0,34-6,56]	**p=0,44

¹ Pacientes con al menos un uso de GPC-DEPc

Centros Control vs C. Activos** $2\% + 1,9\%$ vs $3,5\% + 2,5\%$; *t de Student* apareada, $p=0,44$)

En la **Figura 7** se muestran los mismos resultados en un gráfico.

Figura 7: Uso de GPC-DEP en pacientes con DM durante T0 (Basal); N=533



6.1.2. Uso de GPC-DEPc en el periodo de estudio (T1)

Se analiza la utilización de la Guía durante el periodo de seis meses, que se inicia con las primeras acciones de implementación en enero de 2015 y concluye el 30 de junio del mismo año.

Como puede verse en la **Tabla 26**, la utilización de la GPC-DEPc a partir del inicio de la implementación para los pacientes seleccionados, muestra un claro aumento de usos en número absoluto en los centros activos respecto a centros controles (1.064 vs 41).

Tabla 26: Número de usos de GPC-DEPc durante T1

Uso instrumentos GPC-DEPc (T1)	Centros Controles	Centros Activos
MINI DEP	3	97
PHQ-9	16	420
MINI Suicidio	13	287
EAAG	9	260
Totales	41	1.064

Tal y como se muestra en la siguiente **Tabla 27**, los resultados en T1 para todas las comparaciones de los centros apareados de cada conglomerado, fueron estadísticamente significativas. La tendencia a un mayor uso de la guía se confirmó en todos los centros activos, mientras que continuó siendo tan baja en los centros controles como lo fue durante el periodo basal T0. La comparación de las tasas globales entre grupos control y activo, también mostró diferencias significativas ($4,1\% \pm 3,1\%$ vs $52,7\% \pm 7,3\%$; *t-Student* apareada, $p < 0,001$).

Tabla 27: Uso de GPC-DEPc en T1 (6 meses); N=967.

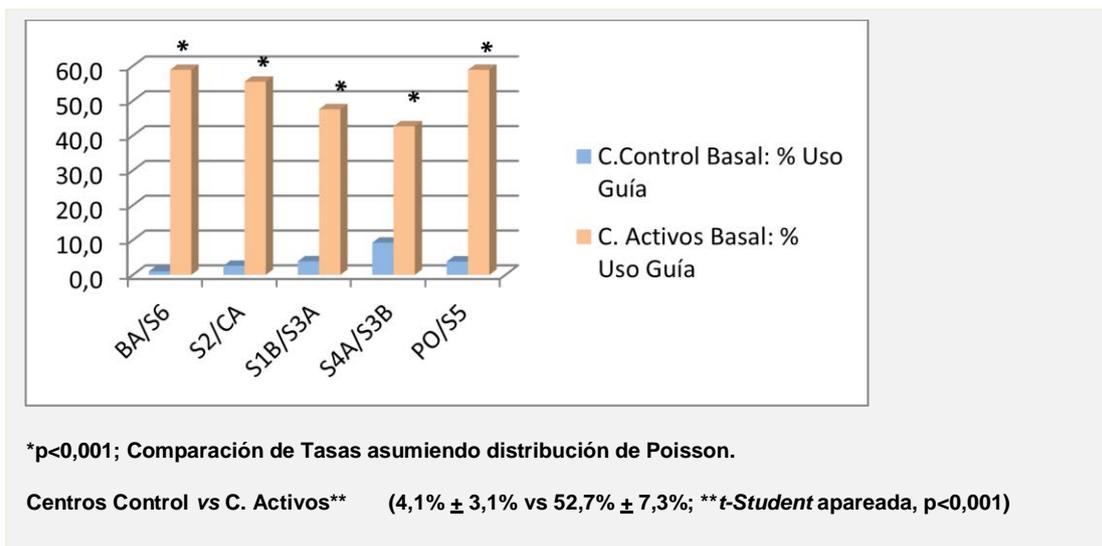
CENTROS CONTROLES	Nº USOS ¹	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% Casos con uso	CENTROS ACTIVOS	Nº USOS ¹	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% Casos con uso	*p-valor
BARBERA	1	99	1,0	SABADELL 6	96	163	58,9	< 0,001*
SABADELL 2	2	77	2,6	CASTELLAR	96	173	55,5	< 0,001*
SABADELL 1B	3	77	3,9	SABADELL 3A	59	124	47,6	< 0,001*
SABADELL 4A	5	54	9,3	SABADELL 3B	32	75	42,7	< 0,001*
POLINYA	2	52	3,8	SABADELL 5	43	73	58,9	< 0,001*
Total		359	X**±SD = 4,1 ± 3,1; IC (95%)=[0-8,6]	Total		608	X**±SD=52,7 ± 7,3; IC (95%)=[43,7-61,7]	< 0,001**

¹ Pacientes con al menos un uso de GPC-DEPc

Centros Control vs C. Activos** 4,1% ± 3,1% vs 52,7% ± 7,3%; t-Student apareada, p<0,001

En la **Figura 8** se muestran los mismos resultados en un gráfico.

Figura 8: Uso de GPC-DEP en T1 (6 meses); N=967



6.2. Resultados del análisis de los objetivos secundarios

6.2.1. Incidencia de diagnóstico de DM y tasas de evaluación de la gravedad durante T0 y T1.

Durante el periodo basal (T0), previo a la implementación activa de la guía, los resultados mostraron una incidencia algo mayor de pacientes con diagnóstico de DM en los centros controles en comparación con los activos, a pesar de que

la distribución fue aleatoria (cociente de tasas=0,79; $p<0,001$). Esta diferencia se hace evidente en la comparación de los conglomerados 2 y 3 (S2/CA y S1B/S3A; $p<0,05$), como se muestra en la **Tabla 28** y, de forma gráfica, en la **Figura 9**.

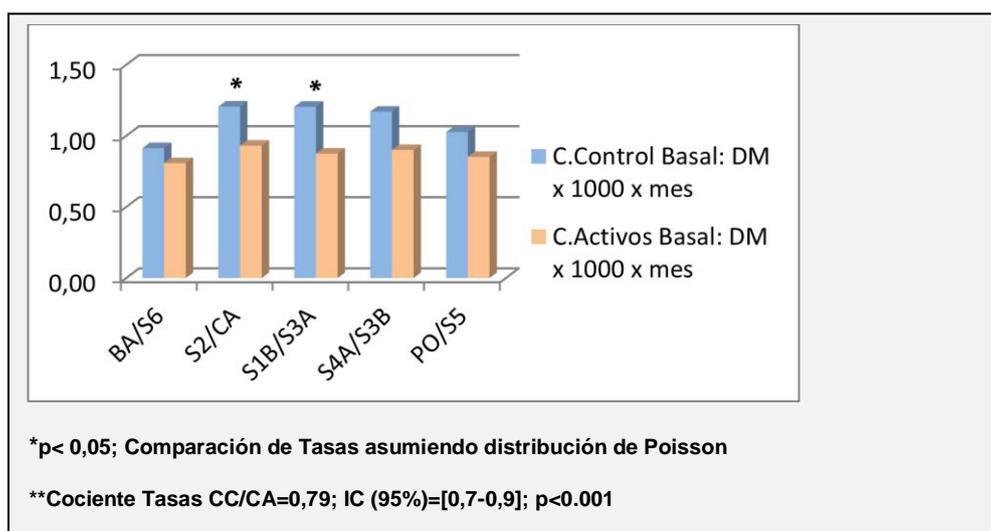
Tabla 28: Incidencia de pacientes con diagnóstico de DM durante T0 (basal); N=533

CENTROS CONTROL	CASOS NUEVOS DM	POBLACION ATENDIDA activa	TASA INCIDENCIA x 1000 p.a./m	CENTROS ACTIVOS	CASOS NUEVOS DM	POBLACION ATENDIDA activa	TASA INCIDENCIA x 1000 p.a./m	*p-valor
BARBERA	69	18871	0,91	SABADELL 6	67	20726	0,8	0,304
SABADELL 2	70	14506	1,21	CASTELLAR	58	15562	0,9	0,034*
SABADELL 1B	62	12862	1,21	SABADELL 3A	46	13135	0,87	0,017*
SABADELL 4A	45	9610	1,17	SABADELL 3B	38	10544	0,9	0,088
POLINYA	39	9491	1,03	SABADELL 5	39	11436	0,85	0,251
Totales	285	65340	1,09	Totales	248	71403	0,87	Cociente Tasas**=0,79; IC (95%)= [0,7-0,9]; $p<0.001$

* Comparación de Tasas asumiendo distribución de Poisson; $p<0,05$

** Cociente de tasas $p<0,001$

Figura 9: Tasa de incidencia mensual de DM x 1000 pacientes activos y mes, durante T0 (basal); N=533



Para el período de estudio de 6 meses (T1), iniciado con la implementación activa de la guía, los resultados mostraron diferencias estadísticamente

significativas a favor de una mayor incidencia del diagnóstico de DM en todos los centros activos con un cociente de tasas=1,56 ($p<0,001$), excepto en el conglomerado 5 (PO/S5). Es decir, que en los centros donde se implementó la GPC-DEPC activamente, se realizaron más diagnósticos de depresión en este segundo período, en comparación con los centros controles, como se detalla en la **Tabla 29** y se representa gráficamente en la **Figura 10**.

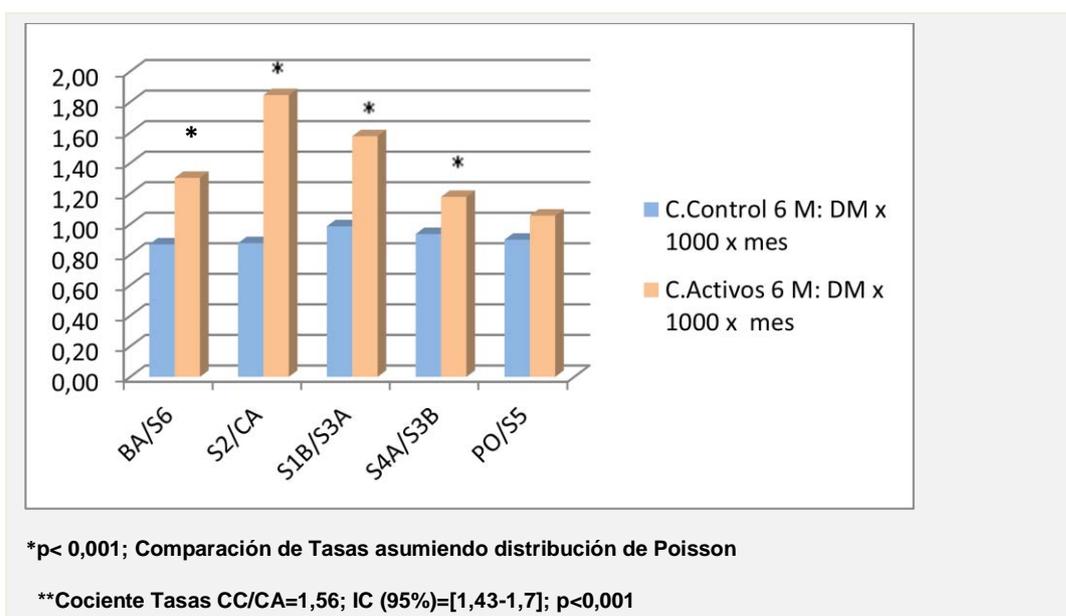
Tabla 29: Incidencia de pacientes con diagnóstico de DM durante T1 (6 meses); N=967

CENTROS CONTROL	CASOS NUEVOS DM	POBLACION ATENDIDA	TASA INCIDENCIA x 1000 p.a./mes	CENTROS ACTIVOS	CASOS NUEVOS DM	POBLACION ATENDIDA	TASA INCIDENCIA x 1000 p.a./mes	*p-valor
BARBERA	99	19021	0,87	SABADELL 6	163	20848	1,30	< 0,001*
SABADELL 2	77	14657	0,88	CASTELLAR	173	15627	1,85	< 0,001*
SABADELL 1B	77	13012	0,99	SABADELL 3A	124	13115	1,58	< 0,001*
SABADELL 4A	54	9620	0,94	SABADELL 3B	75	10606	1,18	< 0,001*
POLINYA	52	9651	0,90	SABADELL 5	73	11522	1,06	0,2747
Totales	359	65961	0,9	Totales	608	71718	1,4	Cociente Tasas**=1,56; IC (95%)=[1,43-1,7]; p<0,001

* Comparación de Tasas asumiendo distribución de Poisson; $p<0,001$

** Cociente de tasas $p<0,001$

Figura 10: Tasa de incidencia mensual de DM x 1000 pacientes activos y mes en T1; N=967



En el periodo basal (T0), la **proporción de pacientes con diagnóstico de DM en los que se evalúa y registra la gravedad** (% de casos moderados/graves sobre el total de casos incidentes de DM) no mostró diferencias significativas entre el grupo control y el grupo activo ($16,5\% \pm 5,7\%$ vs $19,9\% \pm 8,3\%$; *t-Student* apareada, n.s., $p=0,55$), excepto entre los centros del conglomerado 5 (PO/S5) ($p<0,05$) (**Tabla 30**).

Tabla 30: Proporción pacientes con diagnóstico de DM moderada-grave durante T0 (basal) N=533

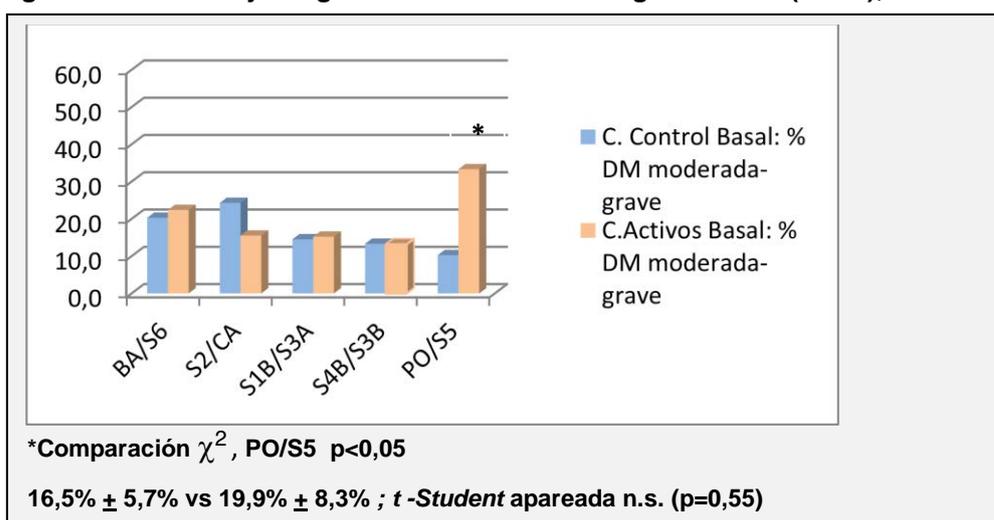
CENTROS CONTROL	DM Moderada / Grave	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% DM Moderada-Grave	CENTROS ACTIVOS	DM Moderada / Grave	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% DM Moderada / Grave	*p-valor
BARBERA	14	69	20,3	SABADELL 6	15	67	22,4	0,928
SABADELL 2	17	70	24,3	CASTELLAR	9	58	15,5	0,314
SABADELL 1B	9	62	14,5	SABADELL 3A	7	46	15,2	1
SABADELL 4A	6	45	13,3	SABADELL 3B	5	38	13,2	1
POLINYA	4	39	10,3	SABADELL 5	13	39	33,3	*0,028
Totales	50	285	$X^{**} \pm SD = 16,5 \pm 5,7$; IC (95%) = [9,5-23,6]	Totales	49	248	$X^{**} \pm SD = 19,9 \pm 8,3$; IC (95%) = [9,6-30,2]	n.s.

*Comparación χ^2 , $p<0,05$

$16,5\% \pm 5,7\%$ vs $19,9\% \pm 8,3\%$; ***t-Student* apareada, n.s. ($p=0,55$)

En la **Figura 11** se muestran los mismos resultados en un gráfico.

Figura 11: Porcentaje diagnósticos DM Moderada grave en T0 (basal); N=533



Al final del periodo de estudio (T1), la **proporción de pacientes con diagnóstico de DM moderados o graves** (% de casos moderados/graves sobre el total de casos incidentes de DM) fue significativamente superior en los centros activos en comparación con los controles (41,1% \pm 7,5% vs 13,6% \pm 4,4%; p=0,002). También se observan diferencias significativas al realizar esta comparación entre todos los conglomerados, excepto en el 4 (S4A/S3B, p=0,055), como puede apreciarse en la **Tabla 31**.

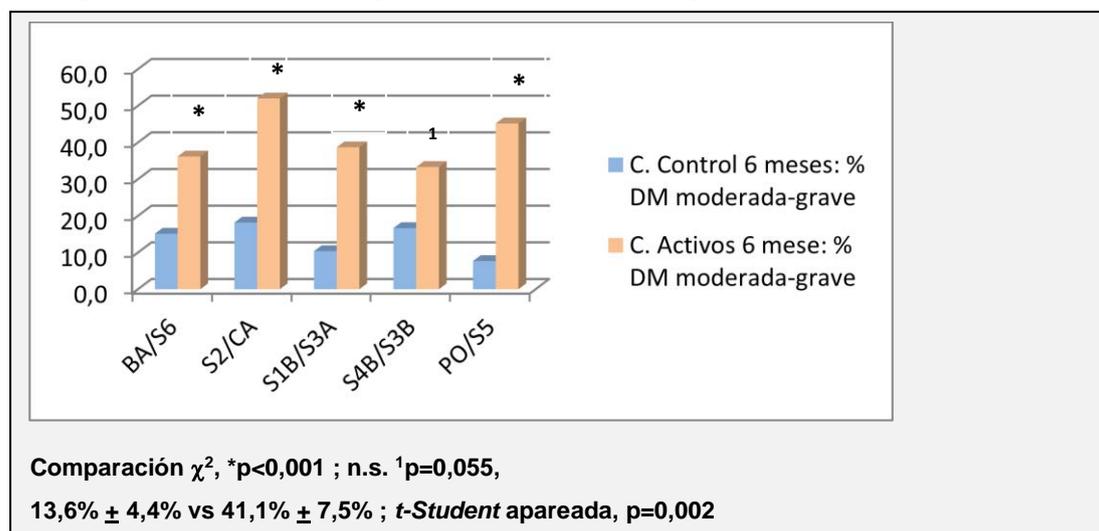
Tabla 31: Proporción pacientes con diagnóstico de DM moderada-grave durante T1 (6 meses); N=967

CENTROS CONTROLES	DM Moderada / Grave	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% DM Moderada / Grave	CENTROS ACTIVOS	DM Moderada / Grave	INCIDENCIA DEPRESIÓN MAYOR	% DM Moderada / Grave	*p-valor
BARBERA	15	99	15,2	SABADELL 6	59	163	36,2	*<0,001
SABADELL 2	14	77	18,2	CASTELLAR	90	173	52,0	*<0,001
SABADELL 1B	8	77	10,4	SABADELL 3A	48	124	38,7	*<0,001
SABADELL 4A	9	54	16,7	SABADELL 3B	25	75	33,3	¹ 0,055
POLINYA	4	52	7,7	SABADELL 5	33	73	45,2	*<0,001
Totales	50	359	X** \pm SD =13,6 \pm 4,4; IC (95%)= [8,1-19,1]	Totales	255	608	X** \pm SD =41,1 \pm 7,5; IC (95%)= [31,7-50,4]	**0,002

*Comparación χ^2 , p<0,001 ; n.s. p= ¹0,055, 13,6% \pm 4,4% vs 41,1% \pm 7,5% ; **t Student apareada, p=0,002

En la **Figura 12** se muestran los mismos resultados en un gráfico.

Figura 12: Porcentaje diagnósticos DM Moderada grave en T1; N=967



6.2.2 Adecuación y adherencia al tratamiento antidepresivo durante T0 y T1

De acuerdo con la GPC-DEPc, el tratamiento con antidepresivos es de primera elección en todos los pacientes con diagnóstico de DM Moderada o Grave. Por lo tanto, para el análisis de la **adecuación al tratamiento** se consideró el porcentaje de pacientes con diagnóstico DM moderada o grave que tenían registrada una prescripción de antidepresivos (de cualquier clase) (5.6. análisis de datos).

Durante el periodo basal (T0), previo a la implementación activa de la guía, los resultados mostraron que la proporción de pacientes con DM entre moderada y grave tratados en el global de los centros controles fue del 38%, mientras que en el global de los centros activos fue del 59%, como se detalla en la **Tabla 32**. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (χ^2 ; $p=0,034$), indicativo de que los centros activos podrían tratar más adecuadamente una proporción significativamente mayor de pacientes que los centros controles.

Tabla 32: Adecuación del tratamiento en T0; N=533. Se considera adecuada la prescripción de tratamiento antidepresivo a pacientes con DM Moderada o Grave, de acuerdo con la GPC-DEPc.

CENTROS CONTROLES TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO				CENTROS ACTIVOS TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO					
DM		SI	NO	TOTAL	DM		SI	NO	TOTAL
Moderada o Grave	SI (%)	19 (38%)*	31 (62%)	50	Moderada o Grave	SI (%)	29 (59%)*	20 (41%)	49
	NO (%)	143 (61%)	92 (39%)	235		NO (%)	130 (65%)	69 (35%)	199
				285					248

* χ^2 ; $p=0,034$

Durante los 6 meses desde el inicio de la implementación activa de la guía (T1), los resultados mostraron porcentajes similares de pacientes con DM mayor moderada y grave en ambos grupos de estudio; siendo los porcentajes para el global de centros controles de 54% y el global de centros activos de 62%. El análisis estadístico de esta diferencia arrojó resultados no significativos ($p=0,29$). (**Tabla 33**).

Tabla 33: Adecuación del tratamiento en T1; N=967

CENTROS CONTROLES TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO					CENTROS ACTIVOS TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO				
DM Moderada o Grave		SI	NO	TOTAL	DM Moderada o Grave		SI	NO	TOTAL
	SI (%)	27 (54%)*	23 (46%)	50		SI (%)	158 (62%)*	97 (38%)	255
NO (%)	199 (64%)	110 (35%)	309	NO (%)	213 (60%)	140 (40%)	353		
			359				608		

* χ^2 ; p=0,29 n.s.

Cabe destacar que, si bien el porcentaje de pacientes adecuadamente tratados fue similar entre los centros controles y los centros activos, el número absoluto fue muy superior en los centros activos. En la **Tabla 33** se observa que en los centros activos se trataron casi 6 veces más pacientes con DM de forma adecuada, según las recomendaciones de la guía (158 vs 27), que en los centros control.

Los resultados de la **adherencia al tratamiento**, de acuerdo con la definición descrita en el capítulo de metodología (5.6. análisis de datos), indicaron que las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas, ni en el periodo basal (T0: 76,2% vs 76,78%, p=0,87), ni durante el periodo T1 (70,3% vs 74,78%, p=0,57). Las **Tablas 34 y 35** muestran los resultados de adherencia en los periodos analizados.

Tabla 34: Adherencia al tratamiento en T0 (basal); N=321

	N	MEDIA (%)	DESV. ESTA.	IC(95%)			N	MEDIA (%)	DESV. ESTA.	IC(95%)	
				Lim. Inf.	Lim. Sup.					Lim. Inf.	Lim. Sup.
CENTROS CONTROL						CENTROS ACTIVOS					
BARBERA	47	72,7	57,93	56,1	89,3	SABADELL 6	43	70,9	40,19	58,9	82,9
SABADELL 2	32	81,2	48,22	64,5	97,9	CASTELLAR	35	77,4	39,01	64,5	90,3
SABADELL 1B	37	82,6	41,17	69,3	95,9	SABADELL 3A	28	77	47,13	59,5	94,5
SABADELL 4A	26	66,7	35,43	53,1	80,3	SABADELL 3B	25	80,4	44,88	62,8	98,0
POLINYA	20	77,9	39,39	60,6	95,2	SABADELL 5	28	78,2	40,08	63,4	93,0
Global		76,22*	6,54	70,5	82,0	Global		76,78*	3,54	73,7	79,9

*p=0,87; t de Student apareada

Tabla 35: Adherencia al tratamiento antidepresivo en T1; N=597

	N	MEDIA (%)	DESV. ESTA.	IC(95%)			N	MEDIA (%)	DESV. ESTA.	IC(95%)	
				Lim. Inf.	Lim. Sup.					Lim. Inf.	Lim. Sup.
CENTROS CONTROL						CENTROS ACTIVOS					
BARBERA	65	74,8	82,7	54,7	94,9	SABADELL 6	98	68,1	55,03	57,2	79,0
SABADELL 2	42	89,9	62	71,1	108,7	CASTELLAR	97	82,3	68,49	68,7	95,9
SABADELL 1B	56	55,6	43,55	44,2	67,0	SABADELL 3A	69	73,7	53,29	61,1	86,3
SABADELL 4A	37	57,6	39,27	44,9	70,3	SABADELL 3B	53	83,5	52,73	69,3	97,7
POLINYA	26	73,6	36,5	59,6	87,6	SABADELL 5	54	66,3	58,83	50,6	82,0
Global		70,3*	14,07	58,0	82,6	Global		74,78*	7,91	67,8	81,7

*n.s. $p=0,57$; t de Student apareada

6.2.3. Análisis de la utilización de servicios especializados de salud mental en T0 y T1: derivaciones, visitas a urgencias e ingresos psiquiátricos.

Se analizaron los principales indicadores de utilización de servicios especializados de salud mental para todos los pacientes con diagnóstico incidente de DM en los centros control y activos durante el periodo basal (T0) y, después del inicio de la intervención hasta seis meses (T1). Se realizó un recuento específicamente de las derivaciones a psiquiatría, de las visitas a urgencias psiquiátricas y de los potenciales ingresos.

En las **Tablas 36 a 41** se recogen los resultados de las comparaciones de los datos obtenidos de los centros controles (CC) versus los centros activos (CA), tanto en T0 como en T1.

Tanto en el periodo basal (T0) como tras el inicio de la intervención (T1) se observan diferencias significativas en el **número de derivaciones al especialista** en salud mental (**Tabla 36 y 37**).

	Número de derivaciones T0		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	261 91,6%	24 8,4%	285 100,0%
CENTROS ACTIVOS	207 83,5%	41 16,5%	248 100,0%
Total	468 87,8%	65 12,2%	533 100,0%

Tabla 36: Comparación de derivaciones CC vs CA en T0; χ^2 ; *p=0,001

	Número de derivaciones T1		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	314 91,6%	45 15,6%	359 100,0%
CENTROS ACTIVOS	497 81,7%	111 18,2%	608 100,0%
Total	811 83,9%	156 16,1%	967 100,0%

Tabla 37: Comparación de derivaciones CC vs CA en T1; χ^2 ; *p=0,019

Como se observa en las tablas, en el periodo basal el grupo de centros activos deriva casi el doble de casos que los centros control (16,5% vs 8,4%; p=0,001). Esta diferencia significativa se mantiene en T1, a expensas de un incremento de la proporción de derivaciones de los pacientes en ambos grupos (centros controles 15,6% vs centros activos 18,2%; p=0,019).

En relación con el **número de visitas a urgencias psiquiátricas**, los resultados mostraron que los centros controles no se diferenciaban de los centros activos en el periodo basal (T0: 4,9% vs 8,5%, p=0,391), como se observa en la **Tabla 38**. Tampoco se observan diferencias en las urgencias psiquiátricas durante el periodo T1, entre los pacientes de los centros control comparados con los centros activos (6,1% vs 5,3%, p=0,496), como se observa en la **Tabla 39**.

	Número de urgencias psiquiátricas T0		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	271 95,1%	14 4,9%	285 100,0%
CENTROS ACTIVOS	227 91,5%	21 8,5%	248 100,0%
Total	498 93,4%	112 6,6%	533 100,0%

Tabla 38: Comparación de urgencias psiquiátricas CC vs CA en T0; χ^2 ; n.s. $p=0,391$

	Número de urgencias psiquiátricas T1		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	337 93,9%	22 6,1%	359 100,0%
CENTROS ACTIVOS	577 94,97%	31 5,3%	608 100,0%
Total	914 94,5%	53 5,5%	967 100,0%

Tabla 39: Comparación de urgencias psiquiátricas CC vs CA en T1; χ^2 ; * $p=0,496$

Los resultados mostraron que los centros activos no se diferenciaban de los centros controles respecto del **número de ingresos psiquiátricos** de los pacientes incidentes con depresión, como se puede apreciar en las **Tablas 40** y **41**. En todo caso, la proporción de ingresos psiquiátricos es baja para los dos grupos en T0 (1,8% en CC y 2,8% en CA; $p=0,686$), pero además tiende a disminuir en T1 también para los dos grupos, aunque algo más en los centros activos (1,1% en CC y 0,8% en CA; $p= 0,497$).

	Número de ingresos psiquiátricos T0		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	280 98,2%	5 1,8%	285 100,0%
CENTROS ACTIVOS	241 97,2%	7 2,8%	248 100,0%
Total	521 97,7%	12 2,3%	533 100,0%

Tabla 40: Comparación de ingresos psiquiátricos CC vs CA en T0; χ^2 ; n.s. $p=0,686$

	Número de ingresos psiquiátricos T1		Total
	0	≥1	
CENTROS CONTROL	355 98,9%	4 1,1%	359 100,0%
CENTROS ACTIVOS	603 99,2%	5 0,8%	608 100,0%
Total	958 99,1%	9 0,9%	967 100,0%

Tabla 41: Comparación de ingresos psiquiátricos CC vs CA en T1; χ^2 , n.s. $p=0,497$

6.3.4. Análisis de las conductas suicidas en T0 y T1: tentativas de suicidio y suicidios consumados

No se observaron diferencias en el porcentaje de **tentativas de suicidio** producidas en los centros control respecto de los centros activos, tanto en el periodo T0 (1,4% vs 2,4%; $p=0,389$) como posterior al inicio de la intervención en T1 (0,8% vs 0,5%, $p=0,424$). Los resultados se detallan en las **Tablas 42 y 43**. En todo caso, los casos son muy escasos: en T0 se registraron apenas 10/533 (1,9%) y en T1 fueron aún menos, tan solo 6/967 (0,6%).

	Número de Tentativas de Suicidio T0		Total
	0	≥ 1	
CENTROS CONTROL	281 98,6%	4 1,4%	285 100,0%
CENTROS ACTIVOS	242 97,6%	6 2,4%	248 100,0%
Total	523 98,1%	10 1,9%	533 100,0%

Tabla 42: Comparación de Tentativas de Suicidio CC vs CA en T0; χ^2 ; n.s. $p=0,389$

	Número de Tentativas de Suicidio T1		Total
	0	≥ 1	
CENTROS CONTROL	356 99,2%	3 0,8%	359 100,0%
CENTROS ACTIVOS	605 99,5%	3 0,5%	608 100,0%
Total	961 99,4%	6 0,6%	967 100,0%

Tabla 43: Comparación de Tentativas de Suicidio CC vs CA en T1; χ^2 ; n.s. $p=0,424$

No se registró **ningún caso de suicidio consumado** entre los pacientes incluidos en el estudio en ninguno de los centros participantes, tanto en el periodo basal (T0; $n=533$) como durante el estudio (T1; $n=967$).

Capítulo 7: Discusión

El resultado principal de nuestro estudio demuestra que el método de implementación multifacético de la Guía Computarizada de la Depresión que hemos desarrollado, **incrementa de forma significativa su utilización en los pacientes con depresión mayor**. Los centros de atención primaria del grupo control apenas utilizan la Guía en un 4,1% de los pacientes depresivos incidentes, mientras que los centros activos alcanzan a utilizarla en el 52,7% ($p < 0,001$) de los nuevos pacientes depresivos. En los primeros seis meses analizados, se pasó de un uso irrelevante a un uso muy significativo en los centros en los que se realizó la intervención, llegando a producirse más de 1.000 accesos a la Guía (frente a los 41 de los centros control). Este incremento significativo en la utilización de una Guía basada en la evidencia científica puede, potencialmente, tener impacto significativo en la conducta de los profesionales y, finalmente, en los resultados de salud de los pacientes con depresión mayor a medio y largo plazo.

Hasta la fecha, a pesar del crecimiento en el número de GPC psiquiátricas disponibles, sólo existe un pequeño número de estudios de implementación, y son limitadas las evidencias sobre los beneficios de su aplicación en la rutina clínica diaria (Weinmann et al., 2007).

El éxito del método de implementación utilizado en nuestro estudio puede deberse a varios factores. En primer lugar, a que el diseño de la estrategia de implementación tuvo en consideración las conclusiones de la revisión sistemática realizada en este proyecto, que analizó los estudios publicados sobre implementación de guías psiquiátricas de depresión (capítulo 3.2.2). La principal conclusión fue que es necesario utilizar una estrategia multifacética, que incluya dos o más intervenciones eficaces. Además, de acuerdo con Powell et al (2012), la estrategia debe ser combinada, es decir, *“una serie de estrategias discretas, -que abordan múltiples niveles y las barreras para el cambio-, se entretajan y están empaquetadas como un producto protocolizado”*. De esta manera, el efecto de las intervenciones puede ser sinérgico. Una estrategia combinada siempre es multifacética, pero no al contrario. Pero como

puede suponerse, la mera aplicación de una estrategia multifacética no garantiza unos buenos resultados y los trabajos publicados muestran en este sentido resultados modestos y altamente variables (Oxman et al., 1995; Grimshaw et al., 2004; Prior et al., 2008; EPOC Taxonomy; 2015). No hay evidencias en relación al número de componentes necesarios ni a las estrategias con mayor efectividad (Prior et al., 2008; Chilvers et al., 2002; Brusamento et al. 2012). Por otra parte, la eficacia relativa de cada componente en el enfoque multifacético sigue siendo poco clara (Francke et al., 2008; Fischer et al., 2016). La segunda conclusión de la revisión realizada apuntaba a la mayor adherencia a las GPC computarizadas (Trivedi et al, 2004). El metaanálisis que realizamos finalmente concluía que los planes de implementación de Guías de depresión consiguen efectos positivos moderados en la adherencia de los médicos al seguimiento de las recomendaciones de las guías (OR=2.3; 95% IC de 1.32 a 3.98). En nuestro caso, además de contar con un plan de implementación ad hoc en el que se incluyó también al psiquiatra de referencia de cada centro, hay que destacar que la GPC-DEPc está integrada en los registros electrónicos y que funciona como un Sistema de Ayuda a la toma de Decisiones Clínicas (SADC), proporcionado además un *feedback* inmediato, tal y como recomiendan algunos autores (Sonnenberg et al, 2006). Triñares et al. (2015), revisó la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los SADC en el manejo clínico de la depresión. En esta revisión sistemática se ha evaluado el impacto de los SADC aplicados al manejo clínico de la depresión, observándose un impacto positivo sobre el cribado y diagnóstico, el tratamiento y la derivación del paciente a salud mental (Rollman et al., 2001; Williams et al., 2011; Gill et al., 2012).

En segundo lugar, los resultados obtenidos pueden deberse también en parte, al intenso trabajo de adaptación local de la estrategia multifacética que se desarrolló en este estudio. La intervención multifacética se diseñó específicamente para superar las barreras que dificultan el cambio en los profesionales y mejorar los factores facilitadores. Esta adaptación local parece ser un ingrediente importante, tal y como recomiendan revisiones más recientes (Squires et al., 2014). La encuesta online dirigida a todos los médicos

del sector en el que se realizó la investigación, tuvo una participación del 50%, por lo que sus resultados se consideraron relevantes en el diseño del plan de implementación. Los resultados de la encuesta reflejaban que la sobrecarga asistencial dificulta el uso de guías (92,7%), como ya apuntaban estudios similares llevados a cabo en primaria (Carlsen et al., 2007; Carlford et al., 2010). Pero además, un 63,9% de los encuestados consideró que la aplicación de una Guía enlentece la práctica diaria y un 54,1% que se requiere excesivo tiempo y esfuerzo para familiarizarse en su uso. Por otro lado, hasta un 76,8% valoró que la formación facilitada por algunos especialistas entra en conflicto con frecuencia con las recomendaciones de las GPC y que, incluso la práctica clínica de la especializada está en desacuerdo con las guías implantadas en primaria (59,4%). Estos factores identificados en la encuesta, se utilizaron proactivamente en la adaptación de todo el proceso de intervención y de los contenidos formativos elaborados por el equipo del estudio. Así, por ejemplo, nos planteamos que sería más ventajoso utilizar una formación interactiva para familiarizarse con el uso de la guía, e incluir la estrategia de extensión educativa (“*academic detailing*” -AD-) para modificar la visión de los médicos del posible enlentecimiento de su trabajo y aumento de la sobrecarga asistencial que asocian a las guías. Fue una psiquiatra externa, con gran experiencia de trabajo con médicos de AP, quién realizó la mayor parte de formación y “*academic detailing*” con el fin de mejorar entendimiento y resolver cualquier conflicto con las recomendaciones. La auditoría mensual presencial incluida en la primera fase de la implementación y el *feedback* mensual de resultados individualizados durante todo el estudio, pueden haber sido factores claves en la mejora de la adherencia de los profesionales a la Guía.

En cambio, el curso de formación e-learning “*Atención Integrada de la Depresión*” (3,7 créditos de FMC), orientado para mejorar las habilidades de entrevista y el uso de las escalas de la Guía, tuvo probablemente un impacto más limitado en los resultados, ya que se completó únicamente por un 34% de los profesionales de los centros que recibieron implementación activa.

Un factor importante de cara a la generalización de los resultados a otros centros de primaria del ICS que disponen de la GPC-DEPc, es el coste e

intensidad del plan de implementación desarrollado en este estudio. En este sentido, consideramos que una formación de 2 a 3 horas durante cuatro meses sería perfectamente aplicable a otros centros. En cambio, el *feedback* mensual de resultados individualizado debería ser automático y facilitado por el propio sistema informatizado, ya que no sería sostenible realizarlo de otra manera. Si el sistema e-CAP proporcionara de forma sistemática un recordatorio mensual con información acerca de los casos nuevos de depresión y del uso de la Guía (en relación al centro o área), nuestro plan de implementación se podría generalizar a toda Cataluña con el liderazgo local de los psiquiatras de referencia de cada centro, que dispondrían de un manual y de instrucciones precisas para llevarlo a cabo de forma muy eficiente.

Cabe señalar que nuestros resultados no dejan lugar a dudas sobre la escasa eficacia de la difusión pasiva de la GPC-DEPc para producir un efecto relevante en su utilización. La estrategia de difusión llevada a cabo en todos los centros de primaria del ICS en la primavera de 2014, previamente al inicio de nuestro estudio, no produjo apenas efectos en el uso de la Guía (4,1% de los pacientes con depresión mayor y apenas 41 entradas en 6 meses).

Sin embargo, aunque puede parecer evidente que el objetivo último de la implementación no puede ser únicamente incrementar el uso de una Guía, sino más bien, conseguir una mejora clínica en los pacientes, hay muchas menos publicaciones al respecto. Llama poderosamente la atención que, en la revisión sistemática realizada, solo pudimos identificar un trabajo en el que este efecto en la mejora clínica de la depresión es robusto y demuestra una clara significación estadística y clínica (Trivedi et al., 2004). En este estudio se utilizó el algoritmo de tratamiento de la depresión computarizado *The Texas Medication Algorithm Project* (TMAP), asociado a programas de intervención educativa en pacientes y/o familias. Además, este estudio demuestra un efecto a los 3 meses que se mantiene a los 12 meses, lo que lo hace especialmente interesante. Sin embargo, su estrategia de implementación es costosa e intensiva, pero sobre todo, se limita a validar un algoritmo de optimización del tratamiento psicofarmacológico (TMAP). Todas estas limitaciones del TMAP pueden explicar que no se haya extendido fuera del ámbito de la investigación,

a pesar de las evidencias favorables. Pero hay que destacar que es la única Guía que utiliza un SADC computarizado y de fácil acceso para los profesionales, un punto en común con nuestra GPC-DEPc que parece haber sido esencial en los resultados positivos.

En nuestro estudio, el efecto clínico en pacientes se analizó en general de forma indirecta, ya que apenas dispusimos de datos de evolución clínica de los pacientes tratados en los centros control, al no utilizar apenas los instrumentos de evaluación clínica incluidos en la Guía. Por este motivo, se decidió estudiar el efecto de la utilización de la GPC-DEPc de forma indirecta, pero con indicadores de relevancia clínica que fueran accesibles en los registros de primaria o de salud mental. En este sentido, nuestros resultados demuestran que se produce un **incremento significativo en el diagnóstico de depresión mayor** en los centros en los que se realizó la intervención. Aunque había diferencias basales a favor de los centros controles, estas se debían al buen comportamiento únicamente de dos centros. En números absolutos, las diferencias a favor de un mayor diagnóstico en los centros activos tras la implementación son considerables (T0, CC:285/CA:248, $p<0,001$; T1, CC:359/CA:608, $p<0,001$). La significación clínica de una diferencia de casi el 60% entre CC y CA en el diagnóstico de depresión mayor, que se produce asociada a un mayor uso de la Guía, no requiere de mayor argumentación. Con una prevalencia anual del 9,6 % (Serrano et al, 2010), la depresión mayor es el trastorno mental específico más frecuente en primaria. En la literatura se hace hincapié que los médicos de AP identifican la depresión en menos del 50% de los casos y la registran todavía en menor proporción (Mitchell et al 2009; Williams et al., 2002; Fernández et al, 2010a). El infradiagnóstico de depresión está asociado a tratamientos inadecuados con benzodiazepinas (Aragonés et al, 2004) o a que casi un 50% de los pacientes no reciban el tratamiento recomendado por las guías (Fernández et al, 2010a), impidiendo que se beneficien del conocimiento científico existente y empeorando potencialmente su pronóstico.

El segundo resultado con potencial significación clínica de nuestro estudio es que el mayor uso de la GPC-DEPc en los pacientes depresivos de los centros

activos, parece asociarse a una **mejora en el reconocimiento y la evaluación de la gravedad clínica**. Aunque había diferencias a favor de un centro activo a nivel basal, no se observaron diferencias globales entre controles y activos. Al final de los seis meses del periodo de estudio (T1), la proporción de pacientes con diagnóstico de DM moderados o graves (% de casos moderados/graves sobre el total de casos incidentes de DM) fue significativamente superior en los centros activos en comparación con los controles ($41,1\% \pm 7,5\%$ vs $13,6\% \pm 4,4\%$; $p=0,002$). Es más que evidente que el reconocimiento de la gravedad clínica en los pacientes depresivos puede tener consecuencias muy positivas en la decisión del plan terapéutico y en el seguimiento de los pacientes. Y como consecuencia, podría redundar en unos mejores resultados de salud y en menores complicaciones. Sabemos que la depresión mayor no tratada se asocia a mayor incapacidad funcional, bajas laborales prolongadas, conductas suicidas y mayor utilización de recursos sanitarios (López et al., 2006). De hecho, la aplicación de las recomendaciones de las GPC de depresión en general, precisan de una adecuada evaluación de la gravedad. Las recomendaciones de la propia GPC-DEPc para pacientes leves no son las mismas que para pacientes moderados o graves. Así, por ejemplo, en estos últimos recomienda tratamiento con antidepresivos de primera elección.

En nuestro estudio, hemos analizado precisamente la **adecuación del tratamiento antidepresivo**, según las recomendaciones de la guía para pacientes con depresión moderada o grave. Diferentes estudios europeos, ponen de manifiesto una baja adecuación terapéutica en general en pacientes depresivos en AP, que oscila entre el 30-40% (Menchetti et al., 2009; Joling et al., 2011). En el estudio DASMAP, realizado en Catalunya (Fernández et al., 2010a), hasta un 55% de los pacientes depresivos recibían un tratamiento adecuado en atención primaria, conforme con las recomendaciones de las guías clínicas.

A pesar de la aleatorización que llevamos a cabo en nuestro estudio, encontramos que en el periodo basal los centros activos realizaban una indicación terapéutica con antidepresivos más adecuada que los controles (59% vs 38% ; $p=0.034$), aunque se debe precisar que el número de pacientes

registrados como DM moderada o grave era de 49 y 50 pacientes respectivamente, un número muy reducido para que tenga relevancia clínica. A los 6 meses, después del inicio de la intervención, estas diferencias se diluyen (62 % vs 54%; $p=0,29$) pero, aunque el porcentaje de pacientes tratados adecuadamente sea similar en centros control y activos, el número absoluto de pacientes tratados adecuadamente fue muy superior en los centros activos, al aumentar el total de pacientes con depresión ($n=608$). En los centros activos se trataron casi 6 veces más pacientes con DM de forma adecuada según la guía (158 vs 27).

Podemos concluir que, en nuestro estudio, el criterio de gravedad no parece tener efecto a la hora de realizar una indicación de tratamiento antidepresivo, a pesar de la recomendación de la GPC-DEPc en este sentido. No hemos podido analizar el uso específico del módulo de tratamiento de la Guía, por lo que no es posible concluir que este resultado sea debido a que no se han seguido las recomendaciones de la guía en cuanto a la indicación de antidepresivos para depresiones moderadas o graves. Tampoco tenemos datos de lo que ocurriría después de un uso más prolongado de la guía, siendo posible que se observaran cambios en el seguimiento de las recomendaciones después de un periodo en el que aumente la familiarización y la confianza con su uso.

La **adherencia al tratamiento antidepresivo** es otra de las dificultades ampliamente descritas en la literatura a la hora de tratar pacientes con DM. La GPC-DEPc recomienda mantener los antidepresivos un periodo variable dependiendo de las características clínicas de cada caso (p.ej. 6 meses después de la remisión para episodios únicos). Los resultados de nuestro estudio no muestran diferencias significativas entre los pacientes de los centros control y los centros activos. Ni en el periodo basal (76,2% vs 76,7%), ni en los 6 meses de estudio (70,3% vs 74,7%), el mayor uso de la Guía parece tener efecto en la adherencia, como sería esperable. Por otra parte, no es objeto de nuestro estudio plantear los posibles factores asociados a la falta de adherencia, pero si valorar si los pacientes depresivos que acuden a los médicos que utilizan la guía, se diferencian respecto a los que no la usan. La medición de la adherencia farmacológica siempre es compleja y ningún modelo

incorpora todas las variables relacionadas con un posible incumplimiento. La guía NICE (2009) afirma que el cumplimiento autoinformado es una herramienta útil para la práctica clínica. En nuestro estudio, donde la gestión de los datos ha garantizado el tratamiento anónimo los pacientes, se ha utilizado una medida indirecta para valorar la adherencia cómo es la retirada del tratamiento de la farmacia desde el momento de su prescripción y que se haya mantenido de forma continuada hasta el final del periodo evaluado. Otra limitación importante para interpretar nuestros datos es el corto periodo de tiempo evaluado (inferior a 6 meses), lo que limita considerablemente su significación clínica.

Por último, llama la atención que en nuestro estudio casi un 25% de los pacientes no son adherentes en el inicio del tratamiento, justo después de producirse el diagnóstico y, por tanto, en un periodo agudo del cuadro depresivo. En otros estudios se ha observado que entre el 30 y el 70% de pacientes interrumpe el tratamiento durante los primeros 3 meses (Olfson et al. 2006; Demyttenaere et al 2001 Párraga-Martínez et al, 2014). Es posible que en un periodo más prolongado pueda producirse una mejora de la adherencia si se mantiene el uso de la guía. Otra posible explicación, es que los profesionales no utilicen el módulo de tratamiento de la GPC-DEPc y el incremento en el uso se deba a la utilización del módulo de diagnóstico. En este caso, se debería incluir algún tipo de formación específica sobre el módulo de tratamiento para promocionar su uso, si el programa de implementación se generaliza. Según la guía NICE, la adherencia debería evaluarse de forma rutinaria siempre que se prescriba o revise la medicación; por tanto, la medición del cumplimiento debería formar parte de la práctica clínica. El módulo de tratamiento y de seguimiento de la GPC-DEPc, facilita ayudas específicas para potenciar la adherencia, mediante preguntas directas, recordatorios y consejos psicoeducativos, así como poder realizar el test de Morinsky-Green (1986).

En cuanto a los resultados relacionados con la **utilización de servicios especializados de salud mental**, el estudio ha encontrado diferencias significativas en algunas de las variables analizadas.

Las **derivaciones al especialista en salud mental** (psiquiatra o psicólogo) son superiores en los centros activos en relación con los controles a nivel basal (16,5% vs 8,4%; $p=0,001$). Durante el periodo de estudio esta diferencia a favor de una mayor proporción de derivaciones de los centros activos no se modifica, aunque los centros controles tienden a aumentar más las derivaciones durante el estudio (pasan del 8,4% al 15,6%). No parece pues, que el mayor uso de la Guía descrito en los centros activos haya modificado las derivaciones de forma significativa, como se había hipotetizado. Esperábamos que un mayor uso de la Guía se asociara a una mejora en el nivel de resolución de primaria y, por tanto, a una reducción de las derivaciones. Está claro que esto no ha sido así en los primeros 6 meses. No disponemos de información indicando que las derivaciones sean inadecuadas, es más, al menos sabemos que el mayor uso de la Guía se asocia a una mejora en la evaluación diagnóstica, incluyendo la gravedad y, especialmente del riesgo de suicidio. Por tanto, no parece que se pueda afirmar que se haya producido una modificación en la calidad de las derivaciones. Es probable que se requiera un seguimiento a más largo plazo para poder apreciar potenciales cambios en la conducta de los profesionales de primaria en relación con las derivaciones. Por otro lado, este resultado inesperado, refuerza la idea de la necesidad de mejorar la formación del módulo de tratamiento y de seguimiento de la GPC-DEPc en futuras sesiones de refuerzo o extensión de la implementación a otros centros, si se pretende mejorar el nivel de resolución de los equipos de primaria.

En cambio, las **urgencias psiquiátricas** no mostraban diferencias entre centros controles y activos ni a nivel basal (4,9% vs 8,5%; n.s.), ni a durante los 6 meses del estudio (6,1% vs 5,3%; n.s). Aunque no encontremos diferencias estadísticamente significativas, alguna significancia clínica podría tener el que no aumenten las urgencias a pesar del incremento de los casos diagnosticados en los centros activos en los 6 meses del estudio (de 248 se pasan a 608). Además, observamos una reducción de la proporción de urgencias psiquiátricas en los centros activos entre T0 y T1 (del 8,5% se pasa al 5,3%). Es posible que, en un periodo de tiempo más prolongado, esta reducción observada de las urgencias pudiera ser más pronunciada y alcanzara

significación estadística. En caso de producirse, podríamos atribuirla a una mejora en la pericia de los profesionales asociada al mayor uso de la Guía. Pero a los 6 meses, simplemente únicamente podemos decir que el mayor uso de la Guía no se ha traducido en una modificación de las visitas a urgencias de estos pacientes.

En cuanto a los **ingresos psiquiátricos** de los pacientes con depresión diagnosticados en el periodo basal y en el de estudio, no se encuentran diferencias significativas entre centros controles y activos. En todo caso, es difícil observar diferencias en un periodo tan corto porque se producen una proporción muy baja de ingresos, que oscilaron entre los 12 casos (2,3%) del periodo basal y los 9 casos (0,9%) del periodo de estudio, sobre unas muestras de 533 y de 967 pacientes respectivamente, todos ellos con procesos depresivos agudos con una proporción significativa de casos moderados y graves.

Por último, el análisis de las **conductas suicidas** tampoco ofreció diferencias significativas entre centros controles y activos, ni en el periodo basal ni en los 6 meses después del inicio de la implementación. En este caso, también se producen muy pocas tentativas de suicidio: 10 (1,9%) en el periodo basal y apenas 6 casos (0,6%) durante los 6 meses desde el inicio de la implementación. Tampoco se produjeron casos de suicidios consumados entre los pacientes depresivos incluidos en el estudio, en ninguno de los periodos analizados.

Hay que hacer notar que la GPC-DEPc integra el módulo de evaluación de riesgo de suicidio de la MINI-Interview, que permite realizar un cribado y una monitorización del riesgo en pacientes depresivos en primaria. Por tanto, un mayor uso de la Guía podría asociarse a una reducción de las conductas suicidas si mejora la detección y la gestión de los casos identificados con mayor riesgo, en muchos casos, asociados a depresión. El hecho de que no se detecte ningún efecto del mayor uso de la Guía en las conductas suicidas durante el periodo de estudio, puede deberse a otros factores. En primer lugar, a que el periodo evaluado es muy corto (6 meses) y las conductas suicidas son relativamente infrecuentes, ya se trate de tentativas suicidas (70-99 tentativas x

100000 hab. y año; Sáiz et al, 2014; Parra et al, 2017) o de suicidio consumado (7,8 suicidios x 100.000 hab. y año; INE, 2017). En segundo lugar, a la posible efectividad de los programas de prevención de conductas suicidas aplicados en la zona en la que se realizó el estudio a medio plazo (Cebrià et al., 2013), que puedan haber contribuido a una reducción global de estas conductas, tanto en centros controles como en activos. Si es así, el mayor uso de la GPC-DEPc no tendría un efecto detectable en tan corto periodo de tiempo, pero no le resta un ápice al enorme valor en la estrategia de prevención que cuenta con mayores evidencias actualmente, y que pasa por facilitar la detección de riesgo en casos que no han realizado tentativas previas. No debemos olvidar que la mayoría de los suicidios consumados (70%), no se pueden prevenir si no se detectan en las consultas que realizan en atención primaria durante los meses inmediatamente anteriores a la muerte (Artieda et al, 2014; Parra et al, 2013).

El programa del Código Riesgo Suicidio, de prevención indicada en pacientes con alto riesgo de suicidio, se aplica en toda Cataluña. Pero, además, todos los centros de primaria participantes colaboran muy activamente con el Hospital Universitario Parc Taulí en un programa específico multifactorial de prevención del suicidio. Este programa comenzó en 2008 con el proyecto *European Alliance Against Depression* (EAAD), que incluye intervenciones en primaria y que ha demostrado que es posible reducir las conductas suicidas (Cebrià et al, 2013; Parra et al, 2017).

LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES

La principal limitación del estudio es la escasa utilización en atención primaria de las Guías informatizadas del sistema e-CAP, de las que la GPC-DEPc no es una excepción. Esta baja utilización en los centros controles impide analizar algunos resultados clínicos (mejora clínica valorada en las escalas clínicas), ya que solo disponemos de datos en los pacientes en los que se utilizó la guía, mayoritariamente en los centros activos. Por este motivo, el análisis de la repercusión clínica del uso de la guía se ha analizado mediante indicadores indirectos (diagnóstico, evaluación de gravedad, uso de servicios especializados y conductas suicidas).

El cálculo de la adherencia a los antidepresivos prescritos durante 6 meses es un porcentaje teórico, realmente no pudimos comprobar si los pacientes toman el fármaco retirado en farmacia. Tampoco refleja la adherencia mínima necesaria para que el tratamiento sea efectivo –p.ej. 3 meses- y clínicamente relevante.

La contaminación de información entre profesionales de centros activos y controles ha sido finalmente irrelevante.

El análisis de seguimiento de las recomendaciones por parte de los médicos en nuestro estudio se ha realizado durante un periodo limitado de 6 meses. Más adelante se analizarán datos a los 18 meses para ver la evolución, si el efecto encontrado se mantiene, disminuye o aumenta con el tiempo. En la literatura, existen diferentes periodos de estudio, con planificaron en general a los 12 meses (Goldberg et al., 1998; Eagles et al., 2000; Baker et al., 2000; Trivedi et al., 2004) y hasta 24 meses en el de Forsner et al. (2010). En algún caso se limitan a 6 meses (Thompson et al., 2000; Worrall et al., 1999) o incluso solo 4 meses (Azocar et al., 2003). En el estudio de Trivedi el efecto positivo no solo se logró a los 3 meses, sino que fue aumentando hasta los 12 meses. Consideramos importante poder valorar el mantenimiento del efecto logrado de un mayor uso de la guía a más largo plazo por su relevancia clínica.

Por otro lado, este estudio ha puesto de manifiesto la necesidad de potenciar el modelo colaborativo de salud mental y atención primaria. La GPC-DEPc no puede verse como una guía exclusiva para primaria. Como hemos comprobado en este estudio, algunos de los resultados inesperados, como no encontrar una disminución de las derivaciones ambulatorias y de los ingresos, o la falta de efecto en relación con la adecuación y la adherencia al tratamiento antidepresivo, no podrán mejorarse solo potenciando el uso de la Guía. Por estos motivos, la integración de la implementación de la GPC-DEPc en un programa de gestión de casos de depresión, el programa INDI (Aragonés et al, 2012), puede ser una gran oportunidad para resolver estas deficiencias. Este programa se implementará asociada a la GPC-DEPc en un nuevo proyecto de investigación financiado con una beca PERIS/2016.

Capítulo 8: Conclusiones

1. Los resultados de nuestro estudio confirman que el proceso de implementación multifacético de la GPC-DEPc incrementa significativamente **el uso de la guía** en pacientes con diagnóstico de depresión mayor en los centros experimentales en relación con los controles, durante los 6 meses iniciales (52,7% vs 4,1%; $p < 0,001$).

2. En el periodo de estudio de 6 meses iniciado con la implementación activa de la guía, los centros experimentales incrementan de forma significativa la tasa de **diagnóstico de Depresión Mayor** en relación a los centros controles (cociente de tasas=1,56; $p < 0,001$).

También observamos un aumento de la evaluación de la gravedad, con una **proporción de pacientes con diagnóstico de DM moderados o graves** significativamente superior en los centros experimentales en comparación con los controles (41,1% vs 13,6%; $p = 0,002$).

3. La **adecuación del tratamiento antidepresivo** durante los 6 meses iniciales del estudio, no mostró diferencias significativas entre los centros experimentales y controles. En números absolutos, se incrementó por seis veces el número de pacientes tratados adecuadamente en los centros experimentales. Respecto a la **adherencia al tratamiento antidepresivo**, no se encontraron diferencias entre los centros experimentales y controles.

4. La **utilización de servicios especializados de salud mental**: derivaciones a salud mental, urgencias psiquiátricas o ingresos psiquiátricos durante los 6 meses iniciales a partir de la implementación no reflejan diferencias significativas entre los centros experimentales y los centros controles.

5. El análisis de las **conductas suicidas** tampoco ofreció diferencias significativas de las tentativas de suicidio entre centros experimentales y controles en los 6 meses después del inicio de la implementación de la GPC-DEPc. No se registró **ningún caso de suicidio consumado** entre los pacientes incluidos en el estudio en ninguno de los centros participantes.

Bibliografia

Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya ;2010.

AGREE Collaboration: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003 feb;12(1):18-23.

AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica [Internet]. Traducción a cargo de GuíaSalud. The Agree Research Trust; 2009. [consulta el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf

AHCPR. Clinical Practice Guideline Number 5: Depression in Primary Care, vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville, MD: US Dept Health Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: April 1993. AHCPR publication 93-0551

American Psychiatric Association. Practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry*. 1993 Apr; 150 (4):1-26.

Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004; 34 (4): 331-43.

Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, Badia W, Folch S. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord*. 2012 Dec 15; 142(1-3):297-305.

Aragonès E, Comín E, Cavero M, Pérez V, Molina C, Palao D. A computerised clinical decision-support system for the management of depression in Primary Care. *Aten Primaria*. 2017 Jan 9; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

Artieda-Urrutia P, Parra I., Garcia-Pares G., Palao D, de Leon J., Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: is the world upside down?. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 May; 48 (5):399-401.

Azocar F, Cuffel B, Goldman W, McCarter L. The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *J Behav Health Serv Res.* 2003 Jan-Feb; 30 (1):109-18.

Baker R, Reddish S, Robertson N, Hearnshaw H, Jones B. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001 Sep; 51 (470):737-41.

Barosi G. Strategies for dissemination and implementation of guidelines. *Neurol Sci.* 2006 Jun; 27(3):231-4.

Bellón JA, Moreno-küstner B, Torres-gonzález F, Montón-franco C, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health.* 2008 Jul 25; 8: 256.

Bermejo I, Schneider F, Kriston L, gaebel W, Heger UI, Berger M, Harter M. Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *Int J Qual Health Care.* 2009 Feb; 21 (1): 29–36.

Borgermans L, Dubois C, Rieppi S et al. Impact of academic detailing on primary care physicians. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2010. KCE Reports 125C. D/2010/10.273/16.

Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv.* 2000 Jan; 26 (1):39–54.

Brusamento S, Legido-Quigley H, Panteli D, Turk E, Knai C, Saliba V, Car J, McKee M, Busse R. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy.* 2012 Oct; 107 (2-3):168-183.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999 Oct 20; 282(15):1458-65.

Cabana M, Rushton J, Rush A. Implementing practice guidelines for depression: Applying a new framework to an old problem. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002 Jan-Feb; 24(1): 35-42.

Carlford S, Lindberg, M, Bendtsen P, Nilsen P, Andersson A. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. BMC Fam Pract [Internet]. 2010 Aug 23 [consulta el 4 de marzo de 2016]; 11:60. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1471-2296-11-60>

Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: A meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. Br J Gen Pract. 2007 Dec; 57(545): 971-8.

Cebria A, Parra I, Pamias M, Escayola A, Garcia-Pares G, Punti, J, Laredo A, Valles V, Cavero M, Oliva JC, Hegerl U, Perez V, Palao DJ. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. J Affect Disord. 2013 May; 147(1-3): 269-76.

Centre for Reviews and Dissemination (CDR) Effective Health Care Getting evidence into practice. February 1999; Volume 5 Number 1. NHS National Institute for Health Research NHS. University of York. The Royal Society of Medicine Press.

Chilvers R, Harrison G, Sipos A, Barley M. Evidence into practice. Application of psychological models of change in evidence-based implementation. Br J Psychiatry. 2002 Aug; 181: 99-101.

Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1992.

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). Data Collection Checklist. [Internet]. Institute of Population Health, University of Ottawa. Ontario, Canada. 2002. [consulta el 27 de mayo de 2014].Disponible en: <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/datacollectionchecklist.pdf>

Costa C, Etxeberria A. Diseminación e implementación de una GPC. Guías Clínicas [Internet] A Coruña 2007 [consulta el 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/implementacion.asp>

Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo S, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2010 Jan 4 [consulta el 25 de mayo 2015]; 10:2. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/2>

Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997 Aug 15; 157(4): 408-416.

Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe P, Boulanger B, de Bie J, de Troyer W *et al*. Compliance with antidepressants in a primary care setting: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Suppl 22: 30-3.

Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J, Grimshaw J, Grol R. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 Apr 28 [consulta el 25 de octubre de 2015]; 6:53. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1472-6963-6-53>

Doebbeling B, Chou A, Tierney W. Priorities and Strategies for the Implementation of Integrated Informatics and Communications Technology to Improve Evidence-Based Practice. *J Gen Intern Med*. 2006 Feb; 21 Suppl 2: 50-7.

Eagles JM, McCann I, MacLeod TN, Paterson N. Lithium monitoring before and after the distribution of clinical practice guidelines. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 May;101(5):349-53.

Eccles MP, Armstrong D, Baker R *et al*. An implementation research agenda. *Implement Sci* [Internet]. 2009 Apr [consulta el 8 de abril de 2016]. 7; 4:18. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-18>

Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy; 2015. [Internet]. [consultado 8 de marzo de 2016] Disponible en: <https://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Jun;33(6):766-71.

Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, RouraPoch P, Haro JM, Autonell J, Palao DJ, Peñarrubia MT, Fernández R, Blanco E, Luciano JV, Serrano-Blanco A. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010a Mar-Apr; 32 (2): 201-9

Fernández A, Sánchez D, Navarro MD, Pinto A, Moreno B. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. *Aten Primaria*. 2010b Nov; 42 (11): 552-8

Field M and Lohr K. *Guidelines for Clinical Practice: from development to use*. (M. Field & K. Lohr, Eds.). Institute of Medicine. 1992. Washington, D.C.: National Academies Press.

Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation -A Scoping Review. *Healthcare* [Internet]. 2016 Jun 29 [consulta el 20 de octubre de 2016]; 4 (3): 36. Disponible en: <http://doi:10.3390/healthcare4030036>

Forsner T, Aberg Wistedt A, Brommels M, Forsell Y: An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2008 Jul 25; 8:64.

Forsner T, Wistedt AA, Brommels M, Janszky I, de Leon AP, Forsell Y. Supported local implementation of clinical guidelines in psychiatry: a two-year follow-up. *Implement Sci*. 2010 Jan 26; 5:4.

Francke A, Smit M, de Veer A, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2008 Sep 12 [consulta el 5 de marzo de 2014]; 8:38. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120 (1-3):76-85.

Gill JM, Chen YX, Grimes A, Klinkman MS. Using electronic health record-based tools to screen for bipolar disorder in primary care patients with depression. *J Am Board Fam Med*. 2012 May-Jun; 25 (3):283-90.

Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD et al. A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? *Jt Comm J Qual Improv*. 1998 Mar; 24(3):130-42.

Gravel K, Legare F, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci* [Internet]. 2006 Aug 9 [consulta el 8 de abril de 2014]; 1:16-28. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>

Grimshaw J, Thomas RE, MacLennan G., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004 Feb; 8 (6): 1-72.

Grimshaw J, Eccles M. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *Med J Aust*. 2004 Mar 15; 180(6 Suppl): 50-1.

Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *J Gen Intern Med*. 2006 Feb; 21(2):14-20.

Grol R, Grimshaw J.. Research into practice I From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *Lancet*. 2003 Oct 11; 362 (9391):1225-30.

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06

Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02

Guíasalud. Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). [Consulta el 1 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>.

Hepner K, Rowe M, Rost K, Hickey S, Sherbourne C, Ford D, Meredith L, Rubenstein L. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med*. 2007 Sep 4; 147(5): 320-9.

Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011. Disponible en: www.cochrane-handbook.org.

ICS ECAP blog [consultado 10 abril 2017]. Disponible en: <https://ecapics.wordpress.com/about/>

Instituto Nacional de Estadística INE [Internet] 2017. [consulta 5 Mayo de 2017]. Disponible en : www.ine.es

Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care , learning and usability in the physicians ' decision-making process – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2014 Aug 20; 15:141.

IOM (Institute of Medicine). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011.

Joling KJ, van Marwijk HW, Piek E, van der Horst HE, Penninx BW, Verhaak P et al. Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. J Affect Disord. 2011 Oct; 133(3): 522-7.

Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. J Affect Disord. 2009 Oct;117(1):1-2.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003 Jun 18; 289(23):3095-105.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun; 62 (6):617-27.

Klinkman MS. The role of algorithms in the detection and treatment of depression in primary care. J Clin Psychiatry. 2003; 64 Suppl 2:19-23.

Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr Serv. 2007 Feb; 58(2):213-20.

Kroenke K., Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13.

Kurian BT, Trivedi MH, Grannemann BD, Claassen C, Daly EJ, Sunderajan P. A computerized decision support system for depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2009; 11(4):140-6.

Latoszek-Berendsen A, Tange H, van den Herik HJ, Hasman A. From clinical practice guidelines to computer-interpretable guidelines: A literature overview. *Methods Inf Med.* 2010; 49 (6): 550-70.

Lavis JN, Wilson MG, Moat KA, Hammill AC, Boyko JA, Grimshaw JM, Flottorp S. Developing and refining the methods for a 'one-stop shop' for research evidence about health systems. *Health Res Policy Syst.* 2015 Feb 25;13(10):1-10.

Lin EH, Von Korff M, Ludman EJ, Rutter C, Bush TM, Simon GE, et al. Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003 Sep-Oct; 25(5): 303-10.

Linden M, Westram A, Schmidt LG, Haag C. Impact of the WHO depression guideline on patient care by psychiatrists: a randomized controlled trial. *Eur Psychiatry.* 2008 Sep; 23(6):403-8.

Lobach D, Sanders GD, Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, et al. Enabling health care decisionmaking through clinical decision support and knowledge management. Rockville (MD): AHRQ; 2012. Informe n.o: 12-E001-EF Contrato n.o: 290-2007- 10066-I.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL: Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2006 May 27; 367: 1747-57.

Martín-López LM, Oller S, Duñó L, San Emeterio L, Fernández M, Bulbena A. *Medicina de Familia- Semergen* 2011;37(2):54-60.

McGlynn E, Asch S, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofano A, Kerr EA. Quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003 Jun 26; 348(26): 2635-45.

Mckenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2004 May;41(4):369-78.

Menchetti M, Belvederi M, Bertakis K, Bortolotti B, Beradi D. Recognition and Treatment of depression in primary care: Effect of patients presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res.* 2009 Apr; 66(4):335-41.

Mitchell C, Dwyer R, Hagan T, Mathers N. Impact of the QOF and the NICE guideline in the diagnosis and management of depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2011 May; 61(586):279-89.

Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *J Clin Psychiatry.* 2008 Jul; 69 (7):1064-74.

Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan; 24(1):67-74.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007 Sep 8; 370(9590):851-58.

Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997 May 24; 349 (9064):1498-504.

National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

National institute of clinical studies (NICS). Identifying barriers to evidence uptake. [Internet]. Melbourne: NICS 2006. [Consulta 21 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.nhmrc.gov.au>

National Institute for Health Care and Clinical Excellence. 2004, reissued 2006. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London, UK: NICE

NICE. Developing guidance-related support tools: process and methodology manual for internal NICE teams [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. [consulta el 9 de mayo de 2016]. Disponible en: www.nice.org.uk/media/656/C4/ImplementationSupportProcessManual.doc.

Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P et al. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *J Gen Intern Med.* 2002 Feb; 17(2):103-11.

Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006 Jan; 163 (1):101-8.

Oxman AD, Thomson MA, Davis DA & Haynes, RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ.* 1995 Nov 15; 153 (10):1423-31

Parra I, Blasco-Fontecilla H., Garcia-Pares G, Giro M., Llorens M., Cebria A, de Leon-Martinez V, Perez V, Palao DJ. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord.* 2013 Sep 25;150(3):840-6.

Parra I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez L, Valero O, Cebrià A, Oquendo MA, Palao D. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017 May 4; 17(1):163.

Párraga I, López-Torres J, del Campo JM, Villena A, Morena S, Escobar F, et al. Adherence to patients antidepressant treatment and the factors associated of non-compliance. *Aten Primaria.* 2014 Aug-Sep; 46(7):357-66.

Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ.* 1992 Nov 14; 305 (6863): 1198-202.

Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK et al. A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health. *Med Care Res Rev.* 2012 Apr; 69(2) 123–157.

Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K: The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract.* 2008 Oct; 14(5):888-97

Rashidian A, Eccles MP, & Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy.* 2008 Feb; 85(2): 148-61.

Robertson R, Jochelson K. Interventions that changed clinician behaviour: mapping the literature. 2006. NICE website [consulta el 3 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.nice.org.uk/media/AF1/42/HowToGuideKingsFundLiteratureReviewpdf>

Rollman BL, Hanusa BH, Gilbert T, Lowe HJ, Kapoor WN, Schulberg HC. The electronic medical record. A randomized trial of its impact on primary care physicians' initial management of major depression [corrected]. *Arch Intern Med.* 2001 Jan 22;161(2):189-97.

Romero A, Alonso C, Marín I et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. *Rev Esp Cardiol.* 2005 Jun; 58(6):640-8.

Roshanov PS, Misra S, Gerstein HC, et al. Computerized clinical decision support systems for chronic disease management: A decision maker-researcher partnership systematic review. *Implement Sci [Internet].* 2011 Aug 3 [Consulta el 10 de julio de 2015]; 6:92. Disponible en: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/92>.

Rost K., Nutting P., Smith J., Coyne J., Cooper-Patrick L., Rubenstein L. The role of competing demands in the treatment provided primary care patients with major depression. *Arch Fam Med.* 2000 Feb; 9(2):150-4.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) SIGN 50: A guideline developer's handbook. [Internet] Edinburg: SIGN; October 2014 [consulta el 4 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>.

Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, et al. Study protocol of a prevention of recurrent suicidal behaviour program based on case management (PSyMAC). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014 Jul-Sep; 7(3):131-8.

Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Feb; 45 (2): 201-10.

Shaw B, Cheater F, Baker SR, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, & Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2007, Issue 4 Published by JohnWiley & Sons, Ltd

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 Suppl 20:22-33.

Shiffman RN, Liaw Y, Brandt CA, Corb GJ: Computer-based guideline implementation system: a systematic review of functionality and effectiveness. *J Am Med Inform Assoc.* 1999 Mar-Apr; 6 (2):104-14.

Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2005 Jul 27 [consulta el 8 de mayo de 2015]; 5:23. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/23>.

Simon G, Von Korff M, Rutter C, Peterson D. Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Apr; 58(4):395- 401.

Sonnenberg FA, Hagerty CG. Computer-interpretable clinical practice guidelines. Where are we and where are we going? *Yearb Med Inform.* 2006:145-58.

Sorensen L, Nielsen B, Stage KB, Brøsen K, Damkier, P. Implementation of a rational pharmacotherapy intervention for inpatients at a psychiatric department. *Nord J Psychiatry.* 2008; 62(3):242-9.

Squires JE., Sullivan K., Eccles MP., Worswick J., & Grimshaw JM. Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implement Sci* [Internet]. 2014 Oct 6 [consulta el 5 de abril de 2016];9:152. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s13012-014-0152-6>.

Thomas HV, Lewis G, Watson M, Bell T, Lyons I, Lloyd K, et al. Computerised patient-specific guidelines for management of common mental disorders in primary care: A randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2004 Nov; 54(508):832-7.

Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet.* 2000 Jan 15; 355(9199):185-91.

Triñanes Y., Atienza G., Louro-González A., de-las-Heras-Liñero E., Alvarez-Ariza M., & Palao DJ. Desarrollo e impacto de los sistemas informatizados de apoyo a las decisiones en el manejo clínico de la depresión: revisión sistemática. *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2015 Jul-Sep; 8(3):157-66.

Trivedi MH, Rush AJ, Crismon ML et al. Clinical results for patients with major depressive disorder in the Texas Medication Algorithm Project. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jul;61(7):669-80.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults. Recommendation Statement [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2009. [consulta el 29 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression/addeprrrs.htm>.

van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2003 Jun; 12(3): 215–20.

Weinmann S., Koesters M., & Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: Systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Jun; 115(6):420-33.

Weisz G, Cambrosio A, Keating P, Knaapen L, Schlich T, Tournay VJ. The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q*. 2007 Dic; 85(4):691–727.

Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract*. 1998 Feb; 48(427):991-7.

Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci*. 2006 Feb 22;1: 2.

Williams LS, Ofner S, Yu Z, Beyth RJ, Plue L, Damush T. Pre- post evaluation of automated reminders may improve detection and management of post-stroke depression. *J Gen Intern Med*. 2011 Aug; 26(8):852-7.

Williams JW, Noel PH, Cordes JA, et al. Is this patient clinically depressed? *JAMA*. 2002 Mar 6 ;287(9):1160-70.

World Health Organization. Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-IO Chapter V Primary Care Version. WHO/Hogrefe & Huber Publishers, Gottingen, Germany, 1996.

Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ* 1999 Jul 13; 161(1):37- 40.

Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2001 Jan; 58(1):55–61

Zwerver F, Schellart A, Knol D, Anema JR, van der Beek A. An implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: an experiment in a controlled setting. Implement Sci [Internet]. 2011 Dec 21;[consulta el 20 de noviembre de 2013] 6:131. Disponible en: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/131>

ANEXO I: Artículo sobre el desarrollo de la GPC-DEPc.

+Model
APRIM-1382; No. of Pages 9

ARTICLE IN PRESS

Aten Primaria. 2016;xxx(xx):xxx-xxx



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ARTÍCULO ESPECIAL

Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria

Enric Aragonès^{a,b,*}, Eva Comín^c, Myriam Caveró^{d,e}, Víctor Pérez^{e,f,g},
Cristina Molina^h y Diego Palao^{e,g,i,*}

^a *Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España*

^b *Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España*

^c *Centre d'Atenció Primària Pare Claret, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

^d *Centre Salut Mental Esquerra Eixample, Hospital Clínic, Barcelona, España*

^e *Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España*

^f *Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España*

^g *CIBERSAM, Madrid, España*

^h *Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

ⁱ *Servei de Salut Mental, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

Recibido el 31 de mayo de 2016; aceptado el 18 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Trastorno depresivo mayor;
Guía de práctica clínica;
Atención primaria de salud;
Historia clínica electrónica;
Toma de decisiones asistida por ordenador

Resumen A pesar de su relevancia clínica y de su importancia como problema de salud pública existen importantes deficiencias en el abordaje de la depresión. Las guías clínicas basadas en la evidencia son útiles para mejorar los procesos y los resultados clínicos, y para facilitar su implementación se ha ensayado su transformación en sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas. En este artículo se describen los fundamentos y principales características de una nueva guía clínica informatizada para el manejo de la depresión mayor desarrollada en el sistema sanitario público de Cataluña. Esta herramienta ayuda al clínico a establecer diagnósticos de depresión fiables y precisos, a elegir el tratamiento idóneo a priori según las características de la enfermedad y del propio paciente, y enfatiza en la importancia de un seguimiento sistemático para evaluar la evolución clínica y adecuar las intervenciones terapéuticas a las necesidades del paciente en cada momento.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autores para correspondencia.

Correos electrónicos: earagones.tarte.ics@gencat.cat (E. Aragonès), dpalao@tauli.cat (D. Palao).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

KEYWORDS

Major depressive disorder;
Clinical practice guideline;
Primary health care;
Electronic clinical record;
Computer-assisted decision making

A computerised clinical decision-support system for the management of depression in Primary Care

Abstract Despite its clinical relevance and its importance as a public health problem, there are major gaps in the management of depression. Evidence-based clinical guidelines are useful to improve processes and clinical outcomes. In order to make their implementation easier these guidelines have been transformed into computerised clinical decision support systems. In this article, a description is presented on the basics and characteristics of a new computerised clinical guideline for the management of major depression, developed in the public health system in Catalonia. This tool helps the clinician to establish reliable and accurate diagnoses of depression, to choose the best treatment a priori according to the disease and the patient characteristics. It also emphasises the importance of systematic monitoring to assess the clinical course, and to adjust therapeutic interventions to the patient's needs at all times.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y relevantes e implica un alto grado de sufrimiento y discapacidad, constituyendo un verdadero problema de salud pública¹. La atención primaria tiene un papel fundamental en el abordaje de este trastorno², aunque hay deficiencias importantes en su manejo³. Existe un sobrediagnóstico de la depresión al mismo tiempo que una proporción significativa de pacientes deprimidos no son detectados. Muchos pacientes no reciben un tratamiento adecuado y otros lo abandonan prematuramente. El seguimiento clínico a menudo es insuficiente y se pierde la oportunidad de monitorizar la eficacia del tratamiento y de ajustarlo cuando la respuesta no es satisfactoria³.

Las guías de práctica clínica que sistematizan las recomendaciones basadas en la evidencia ayudan al médico a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas bien fundamentadas. Se ha demostrado que la atención clínica estructurada según la evidencia da lugar a mejores resultados, aunque en la práctica cotidiana las guías se utilizan poco⁴. Para facilitar su implementación, se ha procedido a su transformación en sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas. Con estos métodos los procesos asistenciales son más coherentes con las recomendaciones, aunque el efecto en los resultados en la salud a menudo es poco evidente⁵.

En este artículo se describen los fundamentos y principales características de una nueva guía clínica informatizada para el manejo de la depresión mayor integrada en la historia clínica electrónica que se ha desarrollado y que comienza a implementarse en el sistema sanitario público de Cataluña.

El contexto. La estación clínica de atención primaria (eCAP). Las guías clínicas informatizadas

El Instituto Catalán de la Salud es el principal proveedor de la sanidad pública en Cataluña y gestiona más del 80% de los centros de atención primaria. Estos centros utilizan un

sistema de historia clínica electrónica centralizada: la estación clínica de atención primaria (eCAP)⁶. En esta plataforma se han integrado versiones electrónicas de algunas guías de práctica clínica (eGPC)⁷ de las principales patologías crónicas. Las eGPC utilizan la información registrada en la historia clínica del paciente para generar recomendaciones sobre el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. También se incorporan elementos automatizados de seguridad en la prescripción, feedback de resultados y recordatorios de actividades pendientes.

La guía de práctica clínica electrónica para la depresión mayor (eGPCD)

La guía de práctica clínica electrónica para la depresión mayor (eGPCD) se ha desarrollado durante los años 2011-14 por un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por médicos de familia, psiquiatras, farmacólogos e informáticos a partir de las guías clínicas para la depresión mayor basadas en la evidencia vigentes^{8,9}, incorporando cualquier avance diagnóstico o terapéutico posterior que el grupo de trabajo considerase oportuno y previendo un procedimiento de actualizaciones periódicas. Se han elaborado algoritmos inteligentes que contemplan los múltiples escenarios posibles (fig. 1). El programa apoya al médico ofreciendo recomendaciones dinámicas en función del contexto clínico de cada paciente y se utiliza de forma síncrona durante la visita del paciente.

Características y funcionamiento

La eGPCD comparte las características básicas con otras guías clínicas instaladas en la eCAP. Existe una pantalla donde se integra la información del paciente concreto en función de las guías activadas y de sus características socio-demográficas y clínicas.

Cuando la eGPCD está activada aparece una etiqueta y un código de color informa sobre el cumplimiento de las recomendaciones de la guía o de control de la enfermedad: blanco, cuando el paciente está adecuadamente

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

diagnosticado y controlado, amarillo (alerta de sospecha diagnóstica) cuando hay variables clínicas que sugieren un eventual diagnóstico de depresión que el médico debe confirmar o descartar, y rojo (alerta de mal control) indica que hay parámetros de la enfermedad fuera del rango aceptado y la necesidad de considerar cambios en el abordaje terapéutico.

Se organiza en 3 módulos: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se accede a cada uno de ellos mediante botones identificados con D, T y S, que también indican con un código visual la necesidad de revisión: la inicial es roja cuando hay que revisar, o negra cuando no hay nada que destacar.

Fundamentos clínicos y terapéuticos. Ayuda al diagnóstico y evaluación inicial

El objetivo de esta utilidad es la calidad en el diagnóstico, previniendo tanto el infradiagnóstico como el diagnóstico erróneo si no se cumplen los criterios¹⁰ y formulando un diagnóstico preciso (p. ej., especificando la gravedad, o si se trata de un trastorno recurrente).

El módulo de diagnóstico puede activarse por 3 vías: cuando el sistema detecta que el paciente recibe tratamiento antidepresivo sin un diagnóstico que lo justifique; cuando constan diagnósticos potencialmente relacionados con una depresión (p. ej., ansiedad, consumo de sustancias...), o cuando el médico tiene una sospecha clínica y lo activa manualmente para disponer de una ayuda al diagnóstico.

La ayuda al diagnóstico consiste en un formulario interactivo basado en la entrevista psiquiátrica MINI en la cual se evalúan los criterios de depresión mayor según el DSM-IV¹¹ (fig. 2). El reciente DSM-V no introduce cambios significativos respecto a los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión mayor.

Si se cumplen los criterios sintomáticos la siguiente pantalla permite al médico cuantificar la interferencia de la depresión en el funcionamiento del paciente según la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)¹². La interferencia debe ser al menos moderada, porque si el impacto es leve o transitorio no se recomienda el diagnóstico de depresión mayor.

El diagnóstico de la depresión mayor no puede basarse en un simple recuento de síntomas y es necesaria una valoración clínica completa que considere aspectos adicionales como el contexto en que aparece el trastorno, las repercusiones en la vida del paciente, la interpretación y los mecanismos del paciente para afrontarlo, etc., pero los criterios estandarizados son un soporte útil para que el diagnóstico sea fiable.

Adicionalmente, aparecen avisos para que el médico investigue si se trata de una depresión secundaria, de la fase depresiva de un trastorno bipolar, de un duelo no patológico, o si está asociada al abuso de sustancias, particularmente de alcohol. También se evalúa si se trata de un trastorno recurrente o de un episodio único.

Para establecer un plan terapéutico adecuado, además del diagnóstico es particularmente importante cuantificar la severidad. El *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) permite estratificar la gravedad en depresión mayor leve,

moderada o grave¹³. Esta estratificación según la gravedad inicial es imprescindible para una selección adecuada del tratamiento.

La ideación suicida está presente en muchos pacientes deprimidos y eventualmente puede derivar en un riesgo real de conducta suicida¹⁴. Las guías clínicas recomiendan evaluar sistemáticamente el riesgo de suicidio en todo paciente deprimido⁹. La mayoría de los pacientes suicidas han tenido contactos con atención primaria durante los meses previos y la evaluación sistemática del riesgo de suicidio en los pacientes depresivos con ideas de muerte se considera una oportunidad para la prevención¹⁵. La eGPCD incorpora el módulo de evaluación del riesgo de suicidio de la MINI¹¹. Esta escala investiga los deseos de morir, de hacerse daño uno mismo, las ideas, planes o intentos de suicidio y los antecedentes, y da lugar a una estratificación del riesgo en ausente, leve, moderado o elevado, con recomendaciones de manejo asociadas. Por ejemplo, el riesgo elevado origina una alerta y sugiere una derivación a un servicio de urgencias psiquiátricas, de acuerdo con el criterio clínico del médico.

Completada la evaluación inicial del paciente, el sistema genera un resumen de la evaluación y las sugerencias para el profesional.

Ayuda para el manejo terapéutico (fig. 3)

El manejo terapéutico adecuado de la depresión mayor^{8,9} se basa en 2 premisas: la selección del tratamiento más adecuado a partir de una cuidadosa evaluación inicial, y un seguimiento sistemático de la efectividad del tratamiento y de la evolución de los síntomas para adecuar en cada momento el manejo terapéutico al estado clínico del paciente y a la respuesta terapéutica obtenida.

Si la depresión mayor es de carácter leve, la recomendación terapéutica inicial incluye intervenciones psicológicas de baja intensidad: *counselling*, psicoeducación, programa de ejercicio físico y/o simplemente observar atentamente la evolución sin una intervención terapéutica activa. En algunos casos de depresión mayor leve, puede considerarse un tratamiento antidepresivo si hay antecedentes de episodios depresivos previos, especialmente si son recientes o severos, porque se puede interpretar el episodio actual como el pródromo de una eventual recaída.

Si la severidad del episodio depresivo es moderada o grave se recomienda iniciar el tratamiento con un fármaco antidepresivo (fig. 3). La selección del antidepresivo inicial se basa en criterios de efectividad, eficiencia y seguridad, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina la primera elección. La eGPCD también tiene en cuenta los antecedentes de respuesta —o no respuesta— previa, comorbilidad, interacciones con otros tratamientos, edad y embarazo o lactancia. Los fármacos recomendados aparecen en una ventana, y cuando el médico selecciona uno el sistema lo dirige a la pantalla de prescripción para elegir la forma farmacéutica, la dosificación, la posología y las instrucciones para el paciente y/o el farmacéutico.

La eGPCD incluye ayudas para realizar intervenciones de apoyo psicológico, *counselling* o psicoeducación y para el tratamiento adicional de la ansiedad o el insomnio, si es necesario.

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. Aten Primaria. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

Figura 2 Pantalla correspondiente al módulo de diagnóstico de la eGPCD. Se muestra el *checklist* de criterios sintomáticos para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-IV.

La recomendación de iniciar cualquier tratamiento se acompaña de indicaciones sobre las visitas de seguimiento y sobre cuándo considerar la derivación del paciente (p. ej., si hay un riesgo de suicidio relevante o si los síntomas son graves). El sistema permite automatizar las citaciones para próximas visitas o las derivaciones al nivel psiquiátrico.

Una vez instaurado el tratamiento se establece una cadencia de visitas de seguimiento clínico cada 4-6 semanas según el estado clínico del paciente. Las visitas de seguimiento son imprescindibles para evaluar la evolución del episodio depresivo, objetivar la eficacia del tratamiento y hacer los ajustes o cambios necesarios en el mismo.

La falta de respuesta o la respuesta incompleta al tratamiento es una situación frecuente en el manejo clínico de la depresión. Una monitorización sistemática de la evolución de la depresión para identificar la respuesta no adecuada y una estrategia terapéutica proactiva que modifique o ajuste el tratamiento en función de la respuesta obtenida ha demostrado que puede mejorar los resultados clínicos¹⁶.

Para valorar la evolución de los síntomas depresivos y el efecto del tratamiento se usa el PHQ-9¹³ (fig. 4). También se hace un seguimiento del impacto funcional (EEAG) y del riesgo de suicidio. La utilización de escalas estandarizadas en el seguimiento clínico de la depresión no sustituye una entrevista clínica comprensiva, en la cual no solo se valore cuantitativamente la severidad de la depresión, sino también otras variables como la opinión del paciente sobre su estado, valoraciones cualitativas sobre las repercusiones de

la depresión en su vida o los mecanismos de afrontamiento, pero estos instrumentos son una ayuda eficaz para interactuar con los algoritmos de tratamiento y facilitan el ajuste del manejo terapéutico a la evolución clínica¹⁷.

La evolución de la puntuación del PHQ-9 se transforma en una definición cualitativa de «no respuesta», «respuesta parcial» o «respuesta adecuada», y el sistema propone ajustes o cambios en el tratamiento si son necesarios.

Sistemas de alerta de interacciones e incompatibilidades

El sistema de seguridad clínica identifica prescripciones potencialmente erróneas, interacciones con otros tratamientos activos o contraindicaciones. Estas situaciones activan avisos y alertas para el prescriptor.

Módulo de apoyo para el seguimiento

Una vez alcanzada la remisión del episodio depresivo, o cuando se considera que el paciente está estabilizado satisfactoriamente, se inicia la fase de seguimiento. La depresión es un trastorno con tendencia a las recaídas y las recurrencias. Según las guías^{8,9} hay que mantener siempre el tratamiento al menos 6 meses después de haber alcanzado la remisión, con el objetivo de consolidar la mejora y prevenir las recaídas¹⁸.

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. Aten Primaria. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

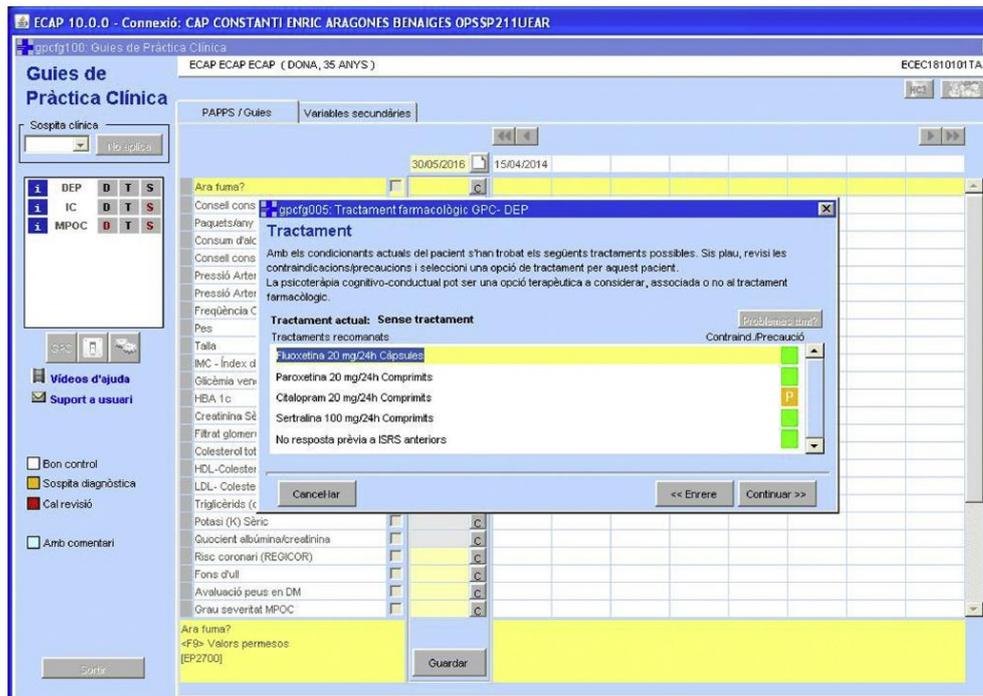


Figura 3 Pantalla donde se muestran las sugerencias del sistema para seleccionar un tratamiento antidepresivo entre el abanico de posibles tratamientos recomendados según las características del paciente.

Una vez completado este periodo puede considerarse suspender el tratamiento, pero en pacientes con un mayor riesgo de recurrencias se recomienda continuarlo. Los indicadores de riesgo son los síntomas depresivos residuales y los antecedentes de episodios depresivos previos, especialmente si son recientes, graves o numerosos¹⁹. En este caso se recomienda continuar el tratamiento un mínimo de 12 meses (o de 24 meses en pacientes con más de 2 episodios depresivos previos).

La guía ayuda a programar revisiones periódicas (cada 3 meses) del paciente en seguimiento para evaluar la adherencia al tratamiento, la evolución de la sintomatología depresiva y el impacto funcional.

Documentación, registro de actividades y recuperación de la información

Toda la información clínica que se introduce en la historia clínica electrónica del paciente puede ser recuperada por el médico o la enfermera durante el proceso asistencial. Una ventana muestra los diagnósticos activos y los diagnósticos resueltos o inactivos. La evolución clínica del episodio depresivo puede observarse en la evolución de las puntuaciones del PHQ-9, la EEAG y la escala de riesgo de suicidio que aparecen en una hoja de monitorización general. La historia farmacoterapéutica puede recuperarse en la pantalla de prescripción electrónica. La información adicional sobre

datos sociodemográficos, resultados de pruebas diagnósticas o análisis, derivaciones e informes de especialistas es accesible pulsando los botones correspondientes. La información cualitativa relevante relacionada con el diagnóstico, el tratamiento o el seguimiento obtenida en las entrevistas clínicas se registra como texto libre en una pantalla de «curso clínico».

La utilización en la práctica cotidiana. Ventajas y dificultades

Hay acuerdo en que la atención a los problemas de salud mental más comunes recae en las competencias y responsabilidades de la atención primaria²⁰. La eGPCD, además de su utilidad como apoyo para el médico individual, constituye una herramienta que facilita al equipo de atención primaria la implementación de modelos asistenciales eficaces para mejorar los resultados clínicos²¹. La eGPCD ofrece algunos elementos básicos del modelo de atención a la cronicidad²², como sistemas de registro fácilmente accesibles y algoritmos automatizados que constituyen un apoyo a la toma de decisiones tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico.

Esta herramienta puede facilitar una reorganización de la atención sanitaria a la depresión, con una definición de los roles profesionales y de los circuitos asistenciales –p. ej., potenciando la responsabilidad de la enfermera

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. Aten Primaria. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

ECAP 10.0.0 - Connexió: CAP CONSTANTÍ ENRIC ARAGONÉS BENAIGES OP5SP211UEAR

gpcg100: Guies de Pràctica Clínica

ECAP ECAP ECAP (DONA, 54 ANYS) ECEC1620408TA

Sospita clínica gpcg072: PHQ-9 GPC-

Escala per avaluar la gravetat de la depressió

Durant les dues darreres setmanes, amb quina freqüència ha tingut cadascun dels següents símptomes o problemes:

Data de l'històric: 24/04/2015

	0	1	2	3		0	1	2	3
1- Tenir poc interès o gaudir poc fent coses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1- Tenir poc interès o gaudir poc fent coses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Sentir-se desanimada, deprimida, o sense esperances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2- Sentir-se desanimada, deprimida, o sense esperances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Tenir problemes per dormir (agafar el son o mantenir-lo), o tenir més son del compte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3- Tenir problemes per dormir (agafar el son o mantenir-lo), o tenir més son del compte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Sentir-se cansada o amb poca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4- Sentir-se cansada o amb poca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Tenir poca gana, o menjar massa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5- Tenir poca gana, o menjar massa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Sentir-se malament amb un mateix/a, o sentir-se fracassada o decebuda d'un mateix/a, o pensar que ha decebut/a als que l'envolten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6- Sentir-se malament amb un mateix/a, o sentir-se fracassada o decebuda d'un mateix/a, o pensar que ha decebut/a als que l'envolten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Tenir problemes per concentrar-se, com per exemple, per llegir el diari o veure la televisió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7- Tenir problemes per concentrar-se, com per exemple, per llegir el diari o veure la televisió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Moure's o parlar tan lentament que els altres ho noten, o bé el contrari, estar tan inquiet/a i intranquil/a que ha estat movent-se amunt i avall més de lo habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8- Moure's o parlar tan lentament que els altres ho noten, o bé el contrari, estar tan inquiet/a i intranquil/a que ha estat movent-se amunt i avall més de lo habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- En les últimes dues setmanes, tenir pensaments sobre que seria millor morir-se o sobre fer-se mal a un mateix/a d'alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9- En les últimes dues setmanes, tenir pensaments sobre que seria millor morir-se o sobre fer-se mal a un mateix/a d'alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL: 17					TOTAL: 17				

Guarda i Sortir Sortir

Sospita [EP2700] Guardar

Figura 4 Pantalla con el cuestionario *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), utilizado para evaluar la gravedad inicial de los síntomas depresivos, para el seguimiento clínico y para medir el efecto del tratamiento.

de atención primaria o mejorando la interfaz atención primaria-psiquiatria—²³. Permite la integración de las tareas de enfermería con las del médico en el manejo integral del paciente, particularmente en su participación en la monitorización de la evolución del paciente. La utilización de la eGPCD como herramienta común de trabajo tanto para la atención primaria como por los servicios de psiquiatría facilita la información compartida, reduce la variabilidad en las actuaciones clínicas entre los niveles asistenciales y promueve una relación y coordinación más fluidas²⁴.

Sin embargo, en la práctica real no se pueden obviar dificultades evidentes. Aunque el diseño promueve una utilización cómoda y fácil, en las consultas de atención primaria son frecuentes las situaciones de presión asistencial y falta de tiempo, lo que es un obstáculo para una utilización habitual de la guía electrónica. Una excesiva necesidad de atención e interacción con el teclado y la pantalla del ordenador pueden interferir en la fluidez de la entrevista clínica. Por otra parte, algunos profesionales pueden no percibir la utilidad de la eGPCD (y de las guías informatizadas en general) para mejorar la calidad de la atención a sus pacientes, y verla más como una herramienta de control administrativo de su trabajo clínico. Estas barreras en la utilización de las eGPC deben ser consideradas en el proceso de disseminación y de implementación.

Basar el manejo clínico en las recomendaciones de la guía aumenta la fiabilidad del diagnóstico y reduce la variabilidad en el manejo, siendo este más cercano a la evidencia

científica y potencialmente obteniendo mejores resultados de salud. Además, se facilita la evaluación adecuada y necesaria del riesgo de suicidio en pacientes con depresión, una estrategia potencialmente de gran impacto recomendada en la prevención del suicidio¹⁵. Pero en la práctica real existen múltiples situaciones y circunstancias no contempladas ni resueltas adecuadamente por la eGPCD: depresión crónica, comorbilidad psiquiátrica u orgánica, creencias o preferencias del paciente, etc. También es un hecho que muchas de las recomendaciones de las guías se basan más en el criterio de expertos que en pruebas científicas sólidas. La eGPCD no pretende —ni debe— sustituir el criterio clínico del médico responsable, sino ser una herramienta de apoyo a su tarea.

Conclusiones

Las guías clínicas computarizadas deben actuar como un sistema de ayuda inteligente en la toma de decisiones clínicas y nunca como un protocolo inflexible. Deben integrarse en el trabajo habitual del médico, facilitando el acceso a la información relevante de forma sincrónica con la visita y facilitar la interacción con los otros profesionales.

La herramienta presentada en este artículo pretende ser un apoyo para establecer diagnósticos de depresión fiables y precisos, para elegir el tratamiento idóneo a priori según las características de la enfermedad y del propio paciente, y enfatiza en la importancia de la detección del riesgo de

suicidio y de un plan de seguimiento sistemático para evaluar la evolución clínica del paciente y poder adecuar las intervenciones terapéuticas a las necesidades de cada momento.

A pesar de su utilidad y de las ventajas de su uso, existen dificultades relevantes para la implementación y la utilización cotidiana de las eGPC. En este sentido se está realizando un ensayo clínico (clinicaltrials.gov: núm. NCT02328833) en el que se ha desarrollado y se evalúa una metodología activa de implementación de la eGPCD y del que se espera obtener información valiosa para diseñar estrategias útiles para la generalización de la guía.

El impacto de la eGPCD dependerá del éxito en la estrategia de diseminación e implementación, y si no se alcanza un grado de utilización significativa el impacto real en la salud de la población será irrelevante.

Financiación

El proyecto está financiado con una subvención no condicionada de la Fundación AstraZeneca y una beca investigación del Instituto de Salud Carlos III (PI12/01585).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido promovido por el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya y gestionado por la Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. En las diferentes etapas de su concepción inicial, diseño, realización y pilotaje ha participado un equipo multidisciplinar: Sara Bonet (farmacóloga de atención primaria, Institut Català de la Salut, Barcelona), Alicia Consola (informática, Grupo Aplicaciones en Informática Avanzada SL, Barcelona), Toni Guerrero (farmacólogo de atención primaria, Institut Català de la Salut, Girona), Cristina Molina (Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya), Andreu Tortajada (informático, Grupo Aplicaciones en Informática Avanzada SL, Barcelona), Diego Palao (psiquiatra, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell), Víctor Pérez (psiquiatra, Hospital del Mar, Barcelona), Enric Aragonès (médico de familia, Institut Català de la Salut, Tarragona), Myriam Caveró (psiquiatra, Centre de Salut Mental Esquerra Eixample, Barcelona), Eva Comín (médico de familia, Institut Català de la Salut, Barcelona), Myriam Ors (gestora de proyectos, Fundació I3PT, Corporació Santitària Parc Taulí, Sabadell), Esther Jordà (Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya), Narcís Cardoner (psiquiatra, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell), Sebastià Calero (médico de familia, Institut Català de la Salut, Barcelona), Arantxa Catalán (farmacéutica, Àmbit de Evaluació de Farmàcia, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya [AQUAS], Barcelona).

Bibliografía

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsen B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21 Suppl. 9:655–79.
2. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:201–10.
3. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32:201–9.
4. Brusamento S, Legido-Quigley H, Panteli D, Turk E, Knai C, Saliba V, et al. Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. *Health Policy.* 2012;107:168–83.
5. Triñanes Y, Atienza G, Louro-González A, de-las-Heras-Liñero E, Alvarez-Ariza M, Palao DJ. Development and impact of computerised decision support systems for clinical management of depression: A systematic review. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:157–66.
6. Sobre l'eCAP [Sobre la eCAP]. ICS ECAP blog [consultado 7 Oct 2015]. Disponible en: <https://ecapics.wordpress.com/about/>
7. Catalán A., Comín E, Amado E. Ayudas a la decisión clínica: ide@s para la innovación (10/01/2013). Blog de Innovación y Gestión Sanitaria BIGS. [consultado 02 Oct de 2015]. Disponible en: <http://www.big.s.es/ayudas-a-la-decision-clinica-ides-para-la-innovacion/>
8. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06.
9. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010 [consultado 7 Oct 2015]. Disponible en: http://aquas.gencat.cat/web/.content/mini-site/aquas/publicacions/2010/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs.2010ca.pdf
10. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet.* 2009;374:609–19.
11. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl. 20:22–33.
12. Aas IH. Global assessment of functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry.* 2010;9:20.
13. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32:1–7.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192:98–105.
15. Artieda-Urrutia P, Parra Uribe I, Garcia-Pares G, Palao D, de Leon J, Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: Is the World upside down? *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:399–401.
16. Warden D, Rush AJ, Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR. The STAR*D project results: A comprehensive review of findings. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9:449–59.

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

17. Zimmerman M. Using scales to monitor symptoms and treat depression (measurement based care). UpToDate [actualizado 31 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
18. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet*. 2003;361:653-61.
19. Bulloch A, Williams J, Lavorato D, Patten S. Recurrence of major depressive episodes is strongly dependent on the number of previous episodes. *Depress Anxiety*. 2014;31:72-6.
20. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330:839.
21. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Dis*. 2012;142:297-305.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288 Suppl. 14:1775-9.
23. Katon W, von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician, and practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23:138-44.
24. Bryan C, Boren SA. The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: A systematic review of the literature. *Inform Prim Care*. 2008;16:79-91.

Cómo citar este artículo: Aragonès E, et al. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>

ANEXO II: Encuesta on-line a médicos de familia del Vallès Occidental Este para identificar las barreras y elementos facilitadores para la implementación de la GPC-DEPc

A continuación, se muestra la encuesta de opinión sobre las GPC que fue enviada- a través del correo corporativo-, a los médicos de familia del Vallès Occidental Este (Barcelona).

En el cuestionario se solicita la opinión y experiencia del médico sobre las GPC y los diferentes factores que pueden influir en su utilización en su práctica diaria, además de su opinión sobre la existencia de posibles obstáculos para el uso de las GPC en su centro de trabajo.

El cuestionario enviado se muestra de forma íntegra en las **Figuras 1 a 4**.



Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Vallès Occidental

Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari
Salut Mental

Opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC)

Guies de Pràctica Clínica (GPC)

Ens agradaria conèixer la teva opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC) i els diferents factors que poden influir per la seva utilització en la teva pràctica diària. Et demanem la teva col·laboració contestant aquesta enquesta que només et portarà 5 minuts i que ens ajudarà a millorar el procés d'implementació de guies en el futur. És obligatori contestar tots els camps per tal de poder passar a la pàgina següent i completar tota l'enquesta.

Moltes gràcies per la teva col·laboració.

[Següent >>](#)

Powered by:
e-encuesta
.com

Figura 1: Solicitud de opinión sobre GPC



Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Valles Occidental



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari
Salut Mental

Opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC)

Opinió i experiència de les GPC

1. Ens agradaria conèixer la teva opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC) i els diferents factors que poden influir per la seva utilització en la teva pràctica diària. Segons la teva opinió i experiència, valora els enunciats següents en una escala de 1 a 4 (1 = totalment en desacord, 2 = poc d'acord, 3 = bastant d'acord, 4 = totalment d'acord): (*)

	1	2	3	4
1. Les GPC presenten excessiva complexitat per utilitzar-les en la pràctica clínica diària.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les recomanacions mèdiques descrites en les GPC ajuden a millorar la qualitat de la pràctica clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En general, la formació, entrenament i /o habilitats per seguir les recomanacions de les GPC és l'adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. L'aplicació de les Guies alenteix la pràctica diària.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. L'ús de les GPC limita l'autonomia del professional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. L'experiència clínica adquirida permet abordar millor els problemes dels pacients que l'aplicació de GPC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les GPC només són útils en situacions en què l'experiència clínica no és suficient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. L'objectiu de les guies és disminuir la despesa en el sistema de salut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En general tinc confiança en els autors de les GPC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Prefereixo altres mètodes per adquirir coneixements i millorar la meva pràctica clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Es requereix excessiu temps i esforç per familiaritzar-se en l'ús d'una GPC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. La motivació en els equips d'Atenció Primària per a l'ús de les guies clíniques és baixa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. L'ús de l'ordinador pot despersonalitzar el tracte amb el pacient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. S'hauria d'incentivar l'ús de les guies de pràctica clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Les GPC informatitzades i integrades en la història clínica són més accessibles que les GPC en paper.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Les GPC de salut mental (ex: depressió) no són útils per a la consulta d'atenció primària.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Si us plau, segons la teva opinió, indica quin dels enunciats anteriors és el més rellevant per a l'ús de les GPC en la teva consulta: (*)

Seleccione

3. Indica quin dels enunciats anteriors és el segon més rellevant per a l'ús de les GPC en la teva consulta: (*)

Seleccione

4. Per últim, indica quin dels enunciats anteriors és el tercer més rellevant per a l'ús de les GPC en la teva consulta: (*)

Seleccione

<< Anterior
Següent >>

Figura 2: Opinió y experiencia en GPC





Opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC)

Obstacles per a l'ús de les Guies de Pràctica Clínica (GPC)

1. Dins dels possibles obstacles per a l'ús de les Guies de Pràctica Clínica (GPC) en el teu centre de treball, valora els següents en una escala de 1 a 4 (1 = totalment en desacord, 2 = poc d'acord, 3 = bastant d'acord, 4 = totalment d'acord):(*)

	1	2	3	4
1. En la meua pràctica habitual, prefereixo utilitzar guies diferents a les publicades per l'ICS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les recomanacions de les GPC mitjançant el sistema informàtic en ocasions són contradictòries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hi ha manca d'estudis sobre l'efectivitat de la utilització de les GPC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. L'organització de l'agenda en els centres (sobrecàrrega assistencial) dificulta l'ús de les guies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En general, la metodologia seguida per a l'aprenentatge / ensenyament de les guies em sembla adequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La pràctica clínica de l'atenció especialitzada està en desacord amb les guies implantades en Atenció Primària.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En l'elaboració de GPC existeix pressió de la indústria farmacèutica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Els / les pacients demanen una atenció i tractaments fora de les recomanacions suggerides en les guies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hi ha manca de divulgació a la societat de les avantatges de l'ús de les guies per part de les institucions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. La formació facilitada per alguna / es especialistes entra en conflicte amb les recomanacions de les GPC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Si us plau, segons la teua opinió, indica quin dels enunciats anteriors és el més influent per a l'ús de les GPC en la teua consulta:(*)

Seleccione

3. Indica quin dels enunciats anteriors és el segon més influent per a l'ús de les GPC en la teua consulta:(*)

Seleccione

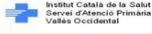
4. Per últim, indica quin dels enunciats anteriors és el tercer més influent per a l'ús de les GPC en la teua consulta:(*)

Seleccione

<< Anterior
Següent >>



Figura 3: Barreras para el uso de GPC en el centro de trabajo





Opinió sobre les Guies de Pràctica Clínica (GPC)

Dades del participant

1. Gènere(*)

Home

Dona

2. Edat(*)

25 - 35 anys

36 - 45 anys

46 - 55 anys

major de 56 anys

3. Quants anys portes treballant a l'ICS?(*)

Seleccione

4. Centre de treball:(*)

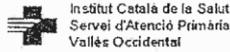
Seleccione

<< Anterior
Fi



Figura 4: Datos del participante

ANEXO III: Documentos informativos y consentimiento informado del estudio.



Hoja informativa

Nombre del estudio: Estudio controlado de la implementación de una guía computarizada de depresión en atención primaria (GPC-DEPc). FIS nº PII2/01585

Promotor del estudio: Corporació Sanitària Parc Taulí, Servicio de Salud Mental.

Investigador principal:

- Dr. Diego J. Palao, Salud Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí. dpalao@tauli.cat

Investigadores referentes (equipo de implementación local):

- Dra. Myriam Caveró. Hospital Clínic. mcavero@clinic.ub.es
- Dra. M^a Dolores Moreno. EAP Can Oriach. mdmorenoa.mn.ics@gencat.cat
- Médico y enfermera referentes de la Guía en su centro.
- Psiquiatra referente del Parc Taulí en su centro.

Introducción:

El IP y sus investigadores referentes enumerados con anterioridad dirigen un proyecto de investigación para ayudar a mejorar la implementación de la Guía Computarizada de la Depresión que está integrada en el e-CAP (GPC-DEPc). Esperamos poder facilitar su utilización de forma sencilla y práctica a todos los profesionales de los centros de primaria seleccionados. Voy a darle información y a invitarle a formar parte de esta investigación.

Propósito de la investigación:

La aplicación de la evidencia científica disponible sobre la Depresión Mayor (F32.**; F33.***) en la práctica clínica entraña notables dificultades. Numerosos estudios muestran que más del 50% de los pacientes depresivos en atención primaria no reciben atención apropiada, o reciben tratamientos ineficaces o potencialmente perjudiciales. En general, el proceso de difusión de las Guías de Práctica Clínica (GPC), con las que se pretende mejorar estos resultados, no suele alcanzar el impacto esperado y los cambios y mejoras en la práctica clínica son modestos.

Por este motivo, el desarrollo de una versión computarizada e integrada en los registros clínicos electrónicos de atención primaria de Cataluña (eCAP) de la adaptación de la GPC de la Depresión Mayor en el Adulto del SNS (GPC-DEPc), ofrece una oportunidad extraordinaria para mejorar los resultados si se facilita y estimula su utilización a todos los profesionales de los equipos de primaria (médicos y enfermeras) mediante un proceso sencillo y práctico basado en la evidencia científica.

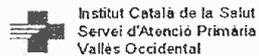
Tipo de intervención de investigación:

En cinco centros de primaria del Vallès Occidental Est, seleccionados aleatoriamente, se realizará un proceso de implementación multifactorial activo de la GPC-DEPc y se comparará el uso de cualquier instrumento de la guía con el que se realice en otros cinco centros de la misma área con difusión ordinaria.

Como profesional de uno de los centros del área seleccionados para la intervención de investigación, se le pedirá que asista a una sesión inicial de formación y a tres sesiones de seguimiento posteriores (una al mes) que tienen como objetivo facilitar el uso de la GPC-DEPc ya disponible en el e-CAP en los pacientes con sospecha o con depresión mayor confirmada. A partir del primer día, se espera que estas acciones le faciliten el uso de la guía para la atención de sus pacientes depresivos y que este mayor uso redunde en una mejora de su trabajo clínico y de los resultados con los pacientes, en un contexto de trabajo en equipo (médicos y enfermeras).

Selección de participantes:

Se han seleccionado **cinco centros de primaria** del área de referencia de Salud Mental del Parc Taulí. Para todos los profesionales de estos centros que acepten participar, se analizarán de forma anónima los usos de la guía durante un periodo de 18 meses (hasta junio de 2016).



Mensualmente los médicos recibirán un e-mail con información de sus resultados de uso de la GPC-DEPc, comparados con la media del centro y de los centros activos.

Durante todo el estudio los investigadores referentes y los psiquiatras del Parc Tauli resolverán cualquier duda o problema relacionado con la investigación y la gestión clínica de los pacientes depresivos.

Participación voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted decide si desea participar o no. Su decisión no tendrá ninguna consecuencia, salvo que no recibirá la ayuda para facilitar la aplicación de la GPC-DEPc en beneficio de sus pacientes. ¿Tiene alguna pregunta sobre su participación?

Procedimientos y protocolo:

Si acepta formar parte de esta investigación, le pediremos que haga lo siguiente:

1. Participar en una formación obligatoria de un día sobre el estudio y en al menos dos de los tres días de seguimiento mensual durante los primeros 4 meses (enero-abril 2015).
2. Tratar de utilizar alguno de los instrumentos de ayuda de la GPC-DEPc para que se pueda beneficiar Vd. y los pacientes con sospecha de depresión o depresión confirmada **durante los 18 meses de la investigación (hasta junio de 2016).**
3. Revisar mensualmente sus resultados de utilización de la GPC-DEPc, comparados con la media de su centro y de los cinco centros activos, que recibirá por e-mail.
4. Realizar las consultas que requiera a los investigadores durante los 18 meses del estudio, para facilitarle el uso de la guía con sus pacientes.

Riesgos: No existe ningún riesgo por participar en el estudio.

Ventajas: Recibirá una formación práctica sobre el manejo clínico de la depresión y la utilización de la GPC-DEPc en sus pacientes que le ayudará a registrar la información clínica y a monitorizar la gravedad y el riesgo de suicidio en el e-CAP, facilitando la gestión en equipo de los casos. Se le ofrecerá gratuitamente el curso online de depresión de la SCPiSM basado en casos clínicos (3,4 créditos de FMC).

Se le facilitará un **certificado acreditativo como investigador colaborador del estudio.**

Además, con su participación ayudará a definir el mejor método de implementación de la GPC-DEPc para que pueda extenderse a otros centros y beneficiar a los pacientes con depresión, mejorando los servicios que se les prestan, incluyendo la mejora en la gestión del riesgo de suicidio.

Confidencialidad: La información que recogemos en este proyecto de investigación será confidencial. La información de los pacientes es anónima y se analizan los datos de forma agregada. Nadie, excepto los investigadores, podrá verla. Toda la información sobre usted tendrá un número en lugar de su nombre y sus resultados individuales no tendrán ninguna difusión.

Uso compartido de los resultados: La información confidencial no será distribuida. Publicaremos los resultados de manera que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a rechazar o abandonar: No tiene que formar parte de la investigación si no lo desea. También puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que elija. Es su decisión y se respetarán todos sus derechos.

A quién contactar: Puede hacerme más preguntas sobre cualquier parte del estudio de investigación si lo desea. ¿Tiene alguna pregunta? Si quiere preguntar más tarde, podrá ponerse en contacto conmigo o con cualquiera de los investigadores que aparecen en la lista de la primera página.



Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Valles Occidental



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari
Salut Mental

Certificado de consentimiento

Nombre del estudio: Estudio controlado de la implementación de una guía computarizada de depresión en atención primaria

Promotor del estudio: Corporació Sanitària Parc Taulí, Servicio de Salud Mental

Investigador principal: Dr. Diego J. Palaó, Salud Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí

Consentimiento para participar:

Yo, _____, he leído la hoja informativa del estudio denominado, "*Estudio controlado de la implementación de una guía computarizada de depresión en atención primaria*". Mi función como médico de atención primaria es ayudar a los investigadores a recoger la información que se usará para mejorar la adaptación de la Guía de Práctica Clínica de la Depresión Mayor en Adulto del SNS (GPC-DEPc). Mis preguntas, si las hay, serán respondidas cuando lo solicite. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Declaración de confidencialidad:

También acepto guardar toda la información de la investigación que se comparta conmigo de manera confidencial y no comentaré ni compartiré la información sobre la investigación de ninguna manera y en ningún formato, es decir, ni electrónico ni en papel, con nadie que no sea el investigador principal, el investigador local y el paciente.

Me han ofrecido una copia firmada de este documento.

Médico de atención primaria voluntario:

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

