



Implementación de la Guía Computarizada de la Depresión en la Atención Primaria de Catalunya (eDEPREcat)

Dra. Myriam Cavero Álvarez
CSMA Esquerra Eixample
Hospital Clínic Barcelona

Equipo investigador :

Dr Diego J Palao; (Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell; CIBERSAM); Dr José A Monreal (Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell; CIBERSAM); Dr. Enric Aragonés (ICS SAP Tarragonés); Dra. Eva Bellerino (ICS SAP Vallès Occidental); Dr Victor Perez-Solá (Hospital Del Mar, Barcelona; CIBERSAM).

Índice

1. **Introducción**
 - Depresión en Atención Primaria
 - Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en AP: principales dificultades
 - Uso de las GPC en Depresión
 - ¿Qué debemos tener en cuenta para la implementación de una GPC?
2. **Objetivo: estudio de implementación de una GPC Depresión Computarizada en la AP de Cataluña (eDEPREcat)**
3. **Metodología:**
 - Desarrollo de la GPC de la Depresión informatizada (eDEPREcat)
 - Programa de Implementación de la eDEPREcat
 - Diseño del estudio
 - Población de estudio y variables
 - Cronograma del estudio y análisis de datos
4. **Resultados**
5. **Limitaciones**
6. **Conclusiones**





INTRODUCCIÓN

Depresión en Atención Primaria

- 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)
- El 71% de las personas que padecen algún trastorno mental en los últimos 12 meses, realizan tratamiento exclusivamente en los servicios de Atención Primaria (AP), siendo la **Depresión Mayor (DM)** el trastorno mental específico más frecuente, con una prevalencia anual del 9,6%. (Serrano-Blanco et al., 2010)
- 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)
- Otros estudios, también realizados en España, han encontrado resultados similares: 14,3% de DM en pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria (Aragónés et al., 2004)

[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.

[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.

[Bellón, J. Á., 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 vol. 8 p. 256

[Aragónés 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: 331-43.

INTRODUCCIÓN

Diagnóstico de la Depresión en AP: principales dificultades



- Los médicos de AP no reconocen la DM en aproximadamente la mitad de los pacientes que la padecen (Williams et al., 2002; Fernández et al., 2010)
- Un meta-análisis de 37 estudios sobre la capacidad de los médicos de familia para detectar la depresión -sin consultoría ni apoyo adicional-, sugiere que son capaces de identificar correctamente la depresión sólo en el 47.3% de los casos y la registraron en sus notas clínicas tan sólo en el 33.6%. (Mitchell et al., 2011)

Tratamiento de la Depresión en AP:

Existen evidencias de que el tratamiento de la depresión en la Atención Primaria en la realidad está muy alejado de lo recomendado por todas las guías:

- Aproximadamente la mitad de los adultos deprimidos pueden llegar a recibir el tratamiento apropiado (Kessler et al., 2005)
- Según el estudio DASMAR, sólo el 55% de pacientes depresivos recibían un tratamiento adecuado conforme con las recomendaciones de las guías clínicas (Fernández et al., 2010)
- En el tratamiento farmacológico agudo de la depresión, únicamente la mitad de los pacientes que inician un nuevo tratamiento, reciben la dosis y la duración adecuadas, y menos del 25% reciben un seguimiento mínimamente adecuado (Joing et al., 2011; Simon et al., 2001)

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

Fernández A., Pinto-Meza A., et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. General Hospital Psychiatry 2010, 32 ,201-209

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.

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; 62:617-27.

Joing KJ, van Marwijk HW, Piek E, 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.

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.

INTRODUCCIÓN

Uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en depresión

- En los años 90 comenzaron a establecerse GPC para pacientes con depresión con el fin de dar respuesta a las grandes variaciones en la práctica y con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento
- 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)
- En los últimos años se han publicado numerosas GPC para el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto a nivel internacional (NICE, APA, CANMAT...) y también en nuestro entorno (SNS, Cataluña...). Sin embargo, no contamos por el momento con evidencias suficientes sobre el impacto en la práctica clínica de estos instrumentos
- Actualmente, el marco de trabajo habitual en la consulta médica son las historias clínicas informatizadas. Para que las GPC consigan incorporarse realmente al trabajo diario deben integrarse en la historia clínica electrónica ayudando a mejorar el rendimiento de los profesionales. En este sentido, 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., 2012)
- 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)

INTRODUCCIÓN

¿Qué debemos de tener en cuenta para la implementación de una GPC?

- La elaboración y publicación de una GPC basada en la evidencia no significa su implantación automática: *“las guías de práctica clínica no se implantan solas”* (Field y Lohr ,1990)
- 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**, y requerirá con frecuencia de cambios en la conducta de los profesionales (Grol y Grimshaw, 2003)
- Un proceso adecuado para favorecer el uso de las guías en los profesionales requiere:
 - la identificación de **barreras y de factores facilitadores** para el uso de la guía y seguir sus recomendaciones y,
 - el establecimiento de **estrategias de implementación** adaptadas al entorno y a los problemas identificados: pueden estar orientadas a los profesionales y también intervenciones económicas, organizativas y reguladoras

Estrategia de diseminación e implementación	Efectividad de la intervención
Visita de extensión educativa (AD) Recordatorios Talleres de formación interactivos Intervenciones multifacéticas	Consistente
Auditoria y retroalimentación Líderes locales de opinión Procesos de consenso local Intervenciones mediadas por el paciente Marketing Medios de comunicación de masas	Variable
Distribución material educativo Talleres educativos	Mínimo o sin efecto

Resumen -según diversos estudios- de la efectividad de diversas intervenciones para implementar GPC.

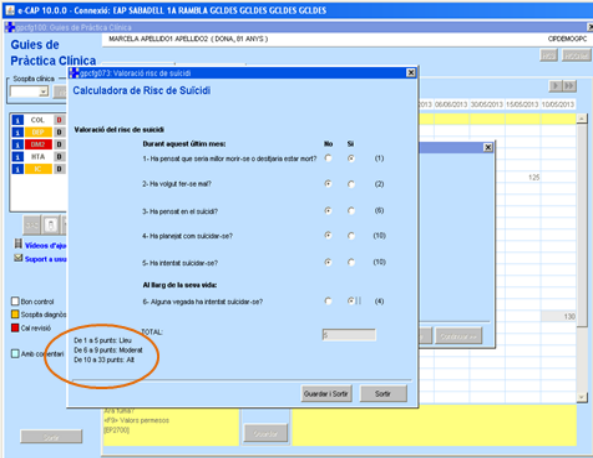
Adaptado Grupo EPOC de la Cochrane , 2009; Prior et al. 2008

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. <https://doi.org/10.17226/1863>

Grol R, Grimshaw J.. Research into practice I From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care, *Lancet* 2003 vol. 362 pp. 1225-1230

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). (2002). Data Collection Checklist, Accessed 27/05/2014.

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, 14:888-9



OBJETIVO

Estudio de implementación de una GPC de la Depresión computarizada en la AP de Cataluña (eDEPREcat)

En este estudio, evaluamos los efectos de un proceso activo de implementación multifacética de la **eDEPREcat**, mediante el **análisis de la utilización de la guía** en pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor (DM) en los centros experimentales en relación a los controles, **durante los primeros 6 meses** tras inicio de la implementación y de los resultados clave en:

- ❑ 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)
- ❑ **Adecuación del tratamiento antidepresivo** (según recomienda la guía) y la **adherencia al tratamiento**
- ❑ **Utilización de servicios especializados de Salud Mental** (derivaciones, visitas a urgencias e ingresos psiquiátricos)
- ❑ **Analizar las conductas suicidas** -tentativas de suicidio y suicidio consumado-

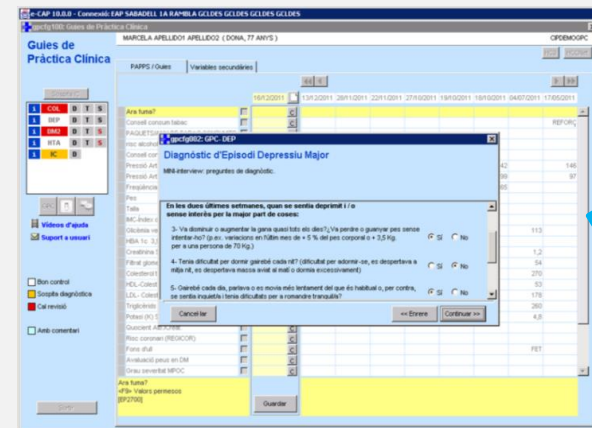
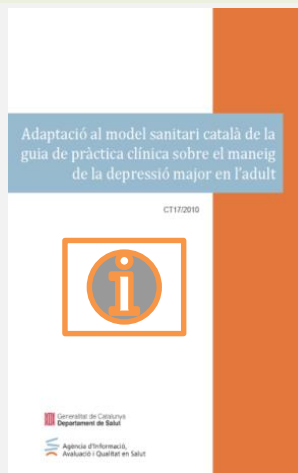
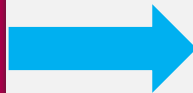
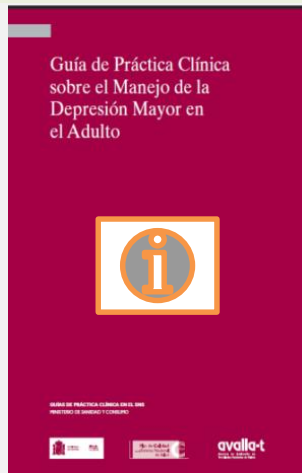
METODOLOGÍA: Desarrollo de la eDEPREcat

Año 2008: se publica la *“GPC sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto”* incluida en el programa de Guías Salud del Ministerio de Salud y Consumo.

Año 2010: el Pla Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña promovió la elaboración de una *“Adaptación de la GPC de la Depresión Mayor en el adulto”* al sistema de salud de catalán, aplicando un modelo integrado de la salud mental en AP

Año 2011 a 2014: se informatiza e integra la Guía en el sistema e-CAP (sistema de información clínica electrónica de AP de Cataluña): **eDEPREcat**.

Se trata de una gran oportunidad para mejorar la calidad de la gestión de la depresión y su pronóstico, para superar los déficits actuales.



¿Qué ofrece la eDEPREcat?

- Sistema de ayuda a la toma de decisión clínica (SADC)
- *Sincronización* acceso en el momento de la atención al paciente
- *Integración* con otras herramientas en el entorno del trabajo
- *Individualización* en función características del paciente: problemas salud, prescripción activa...
- *Soporte a demanda del profesional* para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento (tres módulos)



METODOLOGÍA: Programa de implementación de la eDEPREcat

Para elaborar el programa, se han revisado los trabajos de la NICE (2008), SING (2014) y Grupo de trabajo sobre implementación de GPC (2009). Ningún planteamiento estándar puede asegurar el éxito de una estrategia aplicada en nuestro medio para una novedosa guía computarizada de depresión.

De acuerdo con la literatura revisada, los elementos que pueden ser claves para una estrategia exitosa son:

- **técnicas de implementación multifacéticas**- con múltiples intervenciones-, que pueden incluir técnicas psicológicas específicas para aumentar el compromiso de los profesionales y;
- **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.

Después de valorar la literatura y las potenciales barreras a nivel local, se decidió realizar una **intervención multifacética**,

escogiendo 4 intervenciones:

1. Programa de formación interactivo

2. Visitas de extensión educativa (AD)

3. Auditoría y *feedback* regular

4. Recordatorios periódicos

- 1. Programa de formación interactivo** con duración de 2-3h. La propuesta formativa se centra en mejorar los conocimientos y competencias de todos los médicos de primaria y enfermeras de cada centro activo en dos aspectos distintos:
 - ✓ *Conocimientos básicos sobre la depresión y el riesgo de suicidio*, mediante talleres interactivos de casos
 - ✓ *Conocimiento básico y práctico de la eDEPREcat*
- 2. Visitas de extensión educativa** (*educational outreach* o *academic detailing AD*): una persona capacitada se reúne con los profesionales para dar la información con la intención de cambiar las prácticas clínicas e incorporar el uso de la guía y sus recomendaciones .
- 3. Auditoría y retroalimentación** (*feedback*): proporcionar a los profesionales periódicamente un resumen de sus actividades clínicas en el período de tiempo del estudio (el resumen incluye recomendaciones de acción clínica)
- 4. Recordatorios:** información específica diseñada para llamar la atención del profesional (alarmas) y que le recuerde cierta información que le permita favorecer el uso de la guía.

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.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developer's handbook. [Internet] Edinburg: SIGN; October 2014 [acceso 4/6/2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>

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 Nº 2007/02-02

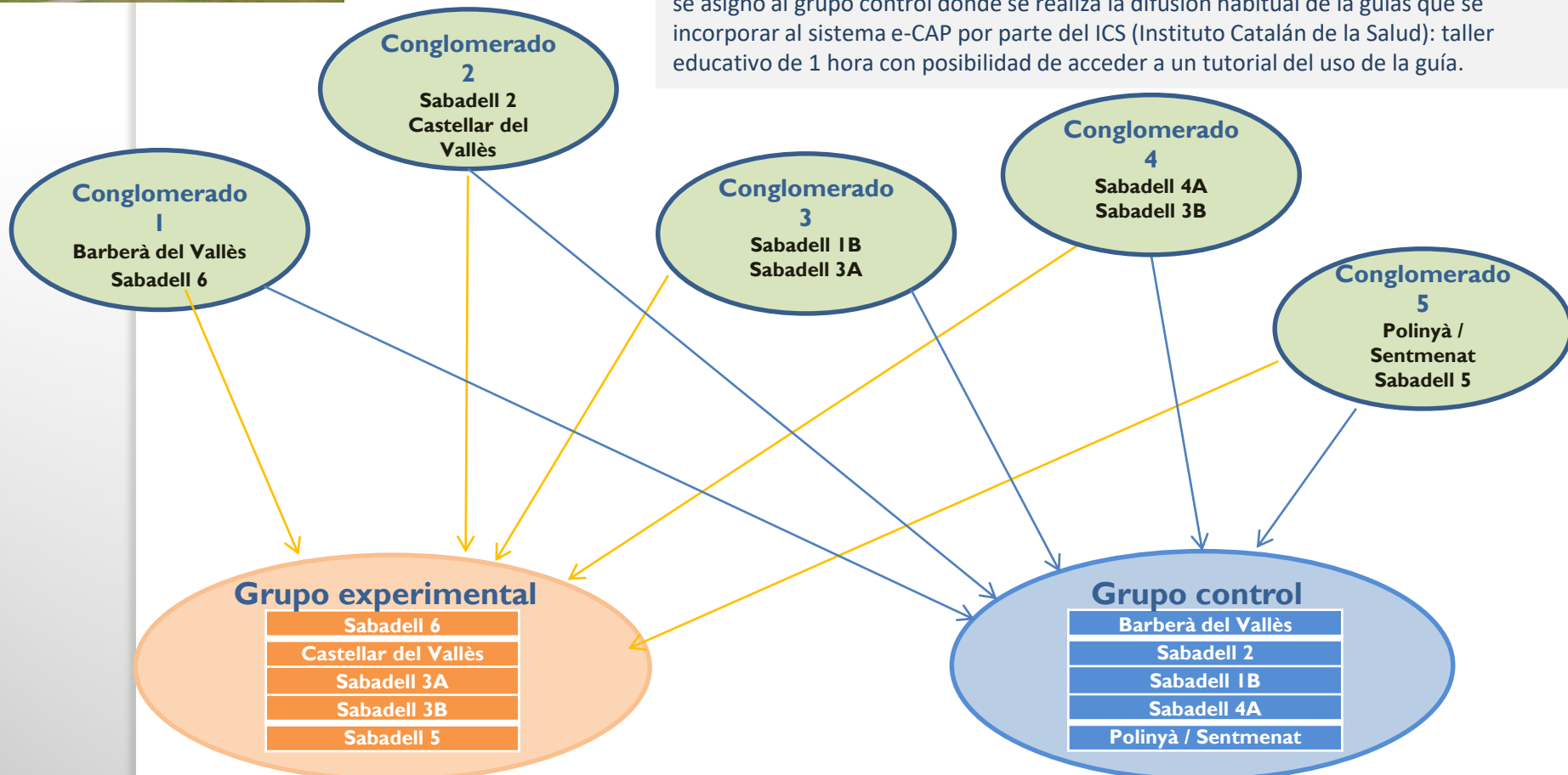
METODOLOGÍA: diseño del estudio



Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados (NCT02328833), multicéntrico en diez Equipos de Atención Primaria (EAPs) del Vallès Occidental Este (Barcelona) en colaboración con el centro de referencia de salud mental del área: Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona).



El área de salud del Valles Occidental Este (450.000 hab.) se ha dividido en 5 conglomerados atendiendo a criterios de proximidad geográfica y población, de modo que en cada uno de ellos existen 2 Centros de Atención Primaria. En cada conglomerado se asignó, por aleatorización simple, uno de los centros al grupo experimental de implementación activa de la eDEPREcat. Otro centro del conglomerado se asignó al grupo control donde se realiza la difusión habitual de la guías que se incorporan al sistema e-CAP por parte del ICS (Instituto Catalán de la Salud): taller educativo de 1 hora con posibilidad de acceder a un tutorial del uso de la guía.



Población de estudio:

Pacientes mayores de 18 años con un diagnóstico de **Depresión Mayor** (códigos F32.** y F33.** de la CIE-10) que se registra en el e-CAP durante los siguientes periodos:

- ✓ **T-0 basal:** septiembre-diciembre 2014 (periodo previo a la implementación activa de la eDEPREcat)
- ✓ **T-1 Estudio:** enero-junio 2015 (tras inicio de la implementación de la guía en centros experimentales)

Variables de estudio:



	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	X	X
	Depresión Mayor Moderada o Grave	X	X
	III. Tratamiento antidepresivo Adecuación del tratamiento con antidepresivos	X	X
	Adherencia al tratamiento antidepresivo	X	X
	IV. Utilización de servicios especializados de SM Derivaciones SM	X	X
	Visitas a Urgencias	X	X
	Ingresos psiquiátricos	X	X
	V. Conductas suicidas Tentativas de suicidio	X	X
	Suicidio consumado	X	X

Cronograma de la implementación activa

La **eDEPREcat** 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 eDEPREcat similar a la que habitualmente realiza el ICS para todas la GPC que incorporan al sistema e-CAP , voluntaria y de una hora de duración. 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** (ver en la figura) en el primer cuatrimestre de 2015. El calendario de dicha implementación fue el siguiente:

	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		—	—	—	—

(*) Se mantuvo el feedback de indicadores mensualmente hasta finalizar el estudio

Análisis de los datos

- Prueba *t* de Student apareada: Uso de Guía, Gravedad de la DM por grupos, Adherencia al tratamiento
 - Cociente de tasas : Incidencia de casos
 - χ^2 : Gravedad de DM por conglomerados, Adecuación del tratamiento y Utilización de servicios especializados de salud mental: 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



RESULTADOS DEL ESTUDIO

La variable principal del estudio es **la utilización de la eDEPREcat** en los pacientes diagnosticados de **Depresión Mayor** en cualquiera de los diferentes centros durante los periodos evaluados.

Se define “**uso de la guía eDEPREcat**” 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 guía.

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

MINI-Interview de diagnóstico de Depresión Mayor (MINI-DEP). *International Neuropsychiatric Interview-* (Sheehan et al., 1998)

PHQ-9: El Cuestionario sobre la Salud del Paciente -9 (Kroenke et al., 2001)

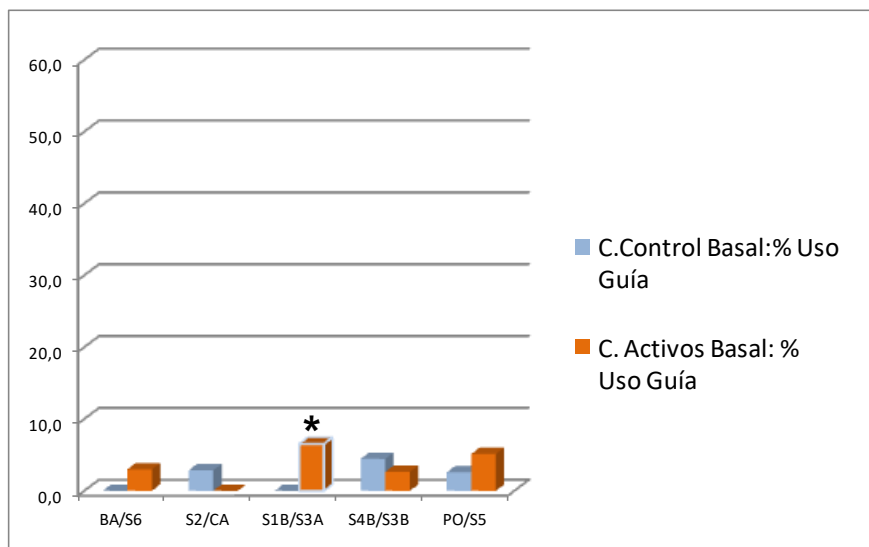
Módulo de Riesgo de Suicidio de la MINI-Interview.

EAAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global (Endicott et al., 1976)

El objetivo principal de este trabajo es estudiar si el proceso de implementación activa de la **eDEPREcat** 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.

Uso de eDEPREcat en T0 y T1 en Centros Control vs C. Activos

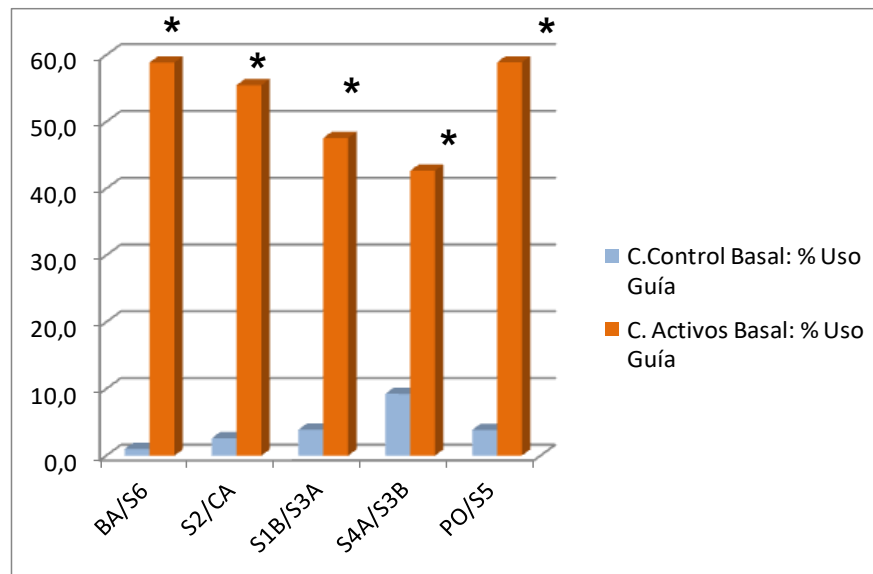
Uso de eDEPREcat en T0 (Sept.-Dic. 2014)



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

($2\% \pm 1,9\%$ vs $3,5\% \pm 2,5\%$; ** t de Student apareada, n.s. $p=0,44$)

Uso de eDEPREcat en T1 (Enero - Junio 2015)



* $p < 0,001$; Comparación de Tasas asumiendo distribución de Poisson.
** t de Student apareada.

($4,1\% \pm 3,1\%$ vs $52,7\% \pm 7,3\%$; ** t -Student apareada, $p < 0,001$)

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. En el periodo basal, 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. $p=0,44$).

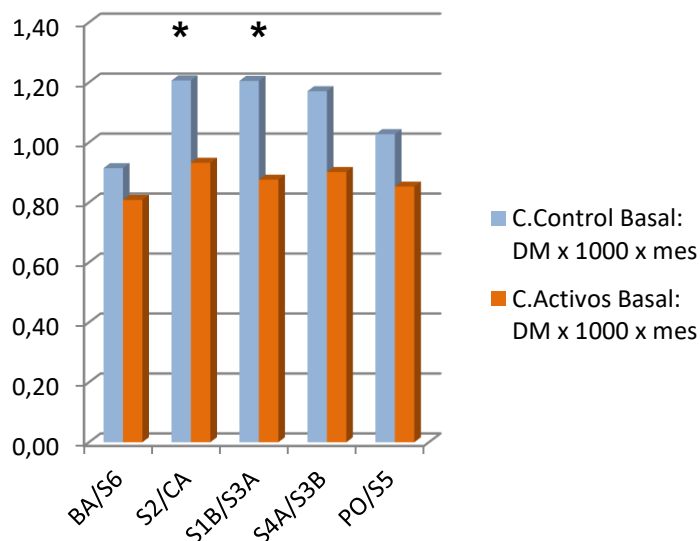
Los resultados en T1 para todas las comparaciones de los centros apareados de cada conglomerado, fueron estadísticamente significativos. La tendencia a un mayor uso de la guía se confirmó en todos los centros activos, mientras que continuó siendo tan baja en los centros controles como lo fue durante 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, $p < 0,001$).

Tasa de incidencia de depresión: se calcula el % mensual de nuevos diagnósticos de depresión x 1000 pacientes activos en el periodo evaluado. Considerando pacientes activos cómo los usuarios que han acudido al CAP al menos una vez en el último año.

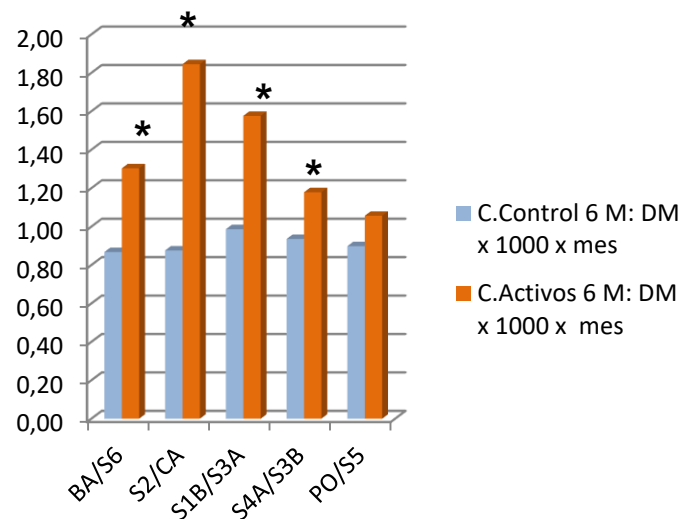
Tasa de incidencia mensual de DM x 1.000 pacientes activos y mes en T0 y T1 C. Control vs C. Activos

Tasa incidencia DM en T0 (Sept.-Dic. 2014)



*p< 0,05
**Cociente Tasas CC/CA=0,79; IC (95%)=[0,7-0,9]; p<0.001

Tasa incidencia DM en T1 (Enero-Junio 2015)



*p< 0,001
**Cociente Tasas CC/CA=1,56; IC (95%)=[1,43-1,7]; p<0,001

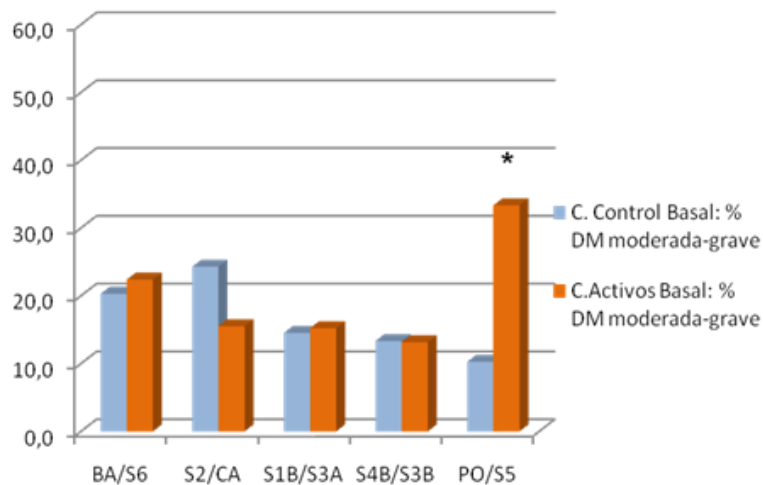
Durante el periodo basal (T0), previo a la implementación activa de la guía, los resultados mostraron una incidencia algo mayor de pacientes con diagnóstico de DM en los centros controles en comparación con los activos, a pesar de que la distribución fue aleatoria (cociente de tasas=0,79; p<0,001). Esta diferencia se hace evidente en la comparación de los conglomerados 2 y 3 (S2/CA y S1B/S3A; p<0,05).

Para el periodo 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 eDEPREcat activamente, se realizaron más diagnósticos de depresión en este segundo período, en comparación con los centros controles, tal como se representa en la grafica

Proporción pacientes con diagnósticos de DM Moderada-Grave en T0 y T1
C. Controles vs C. Activos

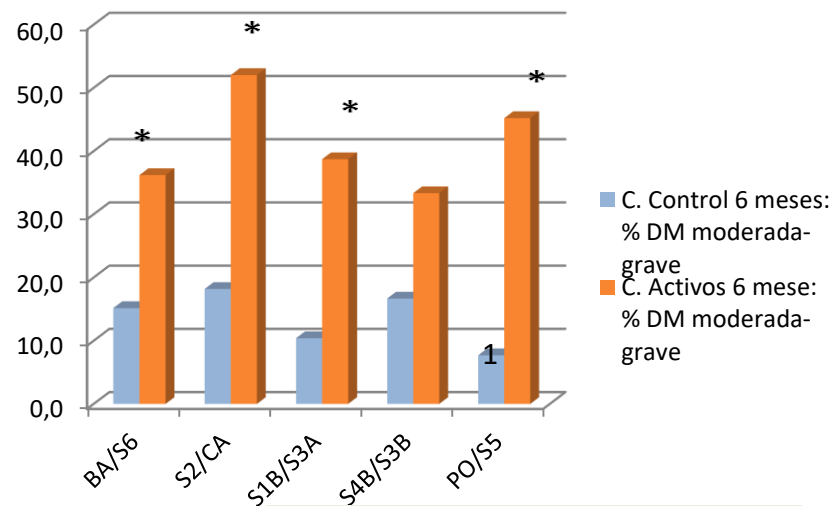
Porcentaje DM moderada-Grave en T0 (Sept.-Dic. 2014)



*Comparación χ^2 , PO/S5 $p < 0,05$

16,5% \pm 5,7% vs 19,9% \pm 8,3%; t de Student apareada, $p = 0,55$

Porcentaje DM Moderada –Grave en T1 (Enero-Junio 2015)



Comparación χ^2 , * $p < 0,001$; n.s. ¹ $p = 0,055$

13,6% \pm 4,4% vs 41,1% \pm 7,5%; t-Student apareada, $p = 0,002$

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) ($p < 0,05$)

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, $p = 0,55$)

De acuerdo con la **eDEPREcat**, 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

Adecuación del tratamiento con Antidepresivos en DM Moderada y Grave

Adecuación del tratamiento en T0 (Sept –Dic. 2014)

CENTROS CONTROLES TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO					CENTROS ACTIVOS TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO				
DM Moderada o Grave		SI	NO	TOTAL	DM Moderada o Grave		SI	NO	TOTAL
	SI (%)	19 (38%)*	31 (62%)	50		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

Adecuación del tratamiento en T1 (Enero – Junio 2015)

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.

x 6

Durante el periodo basal (T0), 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. 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.

Durante los 6 meses desde el inicio de la implementación activa de la guía (T1), los resultados mostraron porcentajes de tratamiento adecuado 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)

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 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.

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.).

Adherencia al tratamiento con Antidepresivos en DM incidente

Adherencia al tratamiento en T0 (Sept.- Dic. 2014)

	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

Adherencia al tratamiento en T1 (Enero – Junio 2015)

	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

*p=0,57; t de Student apareada

Los resultados de la **adherencia al tratamiento**, 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).

Utilización de servicios especializados de salud mental

- Derivaciones al especialista:** 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 . 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).

	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%

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%

χ^2 ; p=0,019

- 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). 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)

	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%

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%

χ^2 n.s. p=0,496

Utilización de servicios especializados de salud mental

- Ingresos psiquiátricos:** no se diferencian los centros activos de los controles respecto del **número de ingresos psiquiátricos** de los pacientes incidentes con depresión. 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%

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%

χ^2 ; n.s. $p=0,497$

- 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%, $p=0,424$)

	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%

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%

χ^2 ; n.s. $p=0,424$

- No se registró **ningún caso de suicidio consumado**



Limitaciones del estudio

- La principal limitación del estudio es la escasa utilización de las Guías informatizadas del sistema e-CAP (en torno al 5%), de las que la eDEPREcat no es una excepción. Esta baja utilización en los centros controles impide analizar algunos resultados clínicos (mejora clínica), ya que solo disponemos de datos en los pacientes en los que se utilizó la guía, mayoritariamente en los centros activos.
- El cálculo de la adherencia al tratamiento antidepresivo prescrito es una tasa teórica (de la prescripción hasta el final del estudio) no podemos comprobar si los pacientes toman el fármaco retirado en farmacia
- El estudio se limita a analizar el “efecto agudo” a partir del inicio de la implementación activa de la Guía, no se analiza el impacto a 12 meses o más allá
- La potencial contaminación de los profesionales entre centros activos y controles fue finalmente irrelevante

CONCLUSIONES

El método empleado de implementación multifacético de la eDEPREcat en 6 meses:

- 1. Incrementa de forma significativa su utilización en nuevos pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor:** 52,7% en centros experimentales vs 4,1% en centros controles; $p < 0,001$
- 2. Incrementa la tasa de diagnóstico de Depresión Mayor** en relación a los centros controles (cociente de tasas=1,56; $p < 0,001$); además, **incrementa la proporción de pacientes con diagnóstico de DM moderados o graves** en los centros experimentales en comparación con los controles (41,1% vs 13,6%; $p = 0,002$).
- 3. No se observan diferencias en la adecuación del tratamiento antidepresivo, aunque se multiplicó por 6 el número absoluto de pacientes tratados adecuadamente en los centros experimentales.**
- 4. No se observan diferencias en utilización de servicios.**
- 5. No se observan diferencias en conductas suicidas. No se registró ningún caso de suicidio consumado entre los pacientes incluidos en el estudio.**

