

## Vídeo 2. Els models de collaborative care per l'abordatge de la depressió.

Antonia Caballero, metgessa de medicina familiar i comunitària. CAP Horts de Miró, Reus.

### Dificultat en la detecció i el diagnòstic

Tenint en compte que l'atenció primària és el nivell assistencial on l'abordatge de la depressió pot ser atesa de forma més adequada i eficient, s'han detectat algunes carències significatives en la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels pacients amb depressió. Com a conseqüència, els resultats clínics que s'assoleixen en l'abordatge de la depressió no es corresponen a lo esperable tenint en compte l'eficàcia demostrada de les intervencions terapèutiques existents.

En alguns estudis s'ha observat que els trastorns depressius de fins al 50% dels pacients no es diagnostiquen en l'atenció primària. Segons els resultats de l'estudi SAMCAT realitzat a Catalunya dins de l'ESMeD-Spain (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), el 59% de les persones que han patit un trastorn mental a Catalunya en els últims 12 mesos no consulten cap professional sanitari; en el cas de la depressió major, el percentatge de pacients que sí consulten per aquest motiu és mínimament superior a la meitat, fins al 55.4% dels afectats.

Se sap que la detecció de la depressió està associada al nivell educatiu de qui la pateix, la severitat dels símptomes depressius, la discapacitat que produeix en el pacient i l'expressió verbal dels símptomes psicològics. Les dificultats per arribar a una detecció i un diagnòstic adequats poden ser degudes a la manifestació de símptomes somàtics, a la presència d'ansietat comòrbida i a la negació del pacient d'acceptar un diagnòstic de trastorn psiquiàtric.

Entre els factors que dificulten la detecció, diagnòstic i seguiment inadequat dels pacients són una baixa formació dels metges d'atenció primària quant a la patologia depressiva i poc interès o presència de sentiments d'incomoditat a l'hora d'abordar la depressió. La falta a les consultes tant de temps com de suport informàtic que permeti un bon registre de les històries clíniques, els llargs períodes d'espera per accedir als serveis de salut mental, les barreres institucionals per proveir els professionals dels recursos necessaris i la dificultat de comunicació entre els metges de família i els especialistes poden influir de forma negativa en l'abordatge correcte de la malaltia.

## Dificultat en el tractament i el seguiment clínic

Quant al percentatge de pacients diagnosticats que reben tractament, s'ha demostrat que en alguns casos no supera el 25% i la distància entre els pacients que pateixen una depressió major i els que necessiten tractament i no el reben pot arribar fins al 56.3% en població adulta de >15 anys als països de les regions de l'OMS.

Segons l'estudi SAMCAT, un 8.1% de tots els pacients que són diagnosticats d'episodi depressiu major a Catalunya no reben cap tractament. En un estudi realitzat per Aragonès *et al.* sobre una mostra 906 pacients atesos en centres d'atenció primària a Tarragona per tal de detectar els factors que poden determinar un sobre diagnòstic de la depressió, es va determinar que, malgrat que la detecció de la depressió tingués un elevat percentatge (fins al 72%), no és garantia que després els pacients rebessin un tractament adequat i que només en un 34% dels casos rebien tractament amb antidepressius.

En referència a l'adherència al tractament, o grau en què els pacients segueixen adequadament les instruccions respecte al tractament prescrit, les taxes d'incompliment o abandonament precoç de les prescripcions d'antidepressius a l'atenció primària són elevades i la majoria de pacients no continua amb el tractament fins als 6 mesos de l'inici (durada mínima recomanada), fet que constitueix la primera causa d'escassa resposta terapèutica. Una revisió sistemàtica de 32 estudis per determinar els factors associats a l'adherència al tractament antidepressiu i les intervencions per millorar-la, ha demostrat que l'adherència és un problema de gran importància en l'abordatge de la depressió i que un de cada tres pacients no finalitzava el tractament. A Catalunya, un estudi realitzat a la regió sanitària de Lleida durant 5 anys sobre la durada i l'adherència al tractament antidepressiu conclou que, del 3.2% de pacients que van iniciar un tractament, un 56% el va abandonar durant els primers 4 mesos, un 25% va continuar més enllà dels 11 mesos i només un 22% va fer un bon compliment terapèutic (durada de >4 mesos i adherència de >80%).

D'altra banda, una vegada s'ha instaurat el tractament, el seguiment clínic de l'evolució del pacient deprimat sovint és escàs i inadequat, i es perd l'oportunitat de monitorar el compliment terapèutic i l'evolució clínica, d'implementar mesures que permetin incrementar l'adherència al tractament i d'ajustar o modificar tractaments ineficaços.

## Nous models assistencials per a l'abordatge de la depressió en atenció primària: *Collaborative care* o assistència mèdica compartida

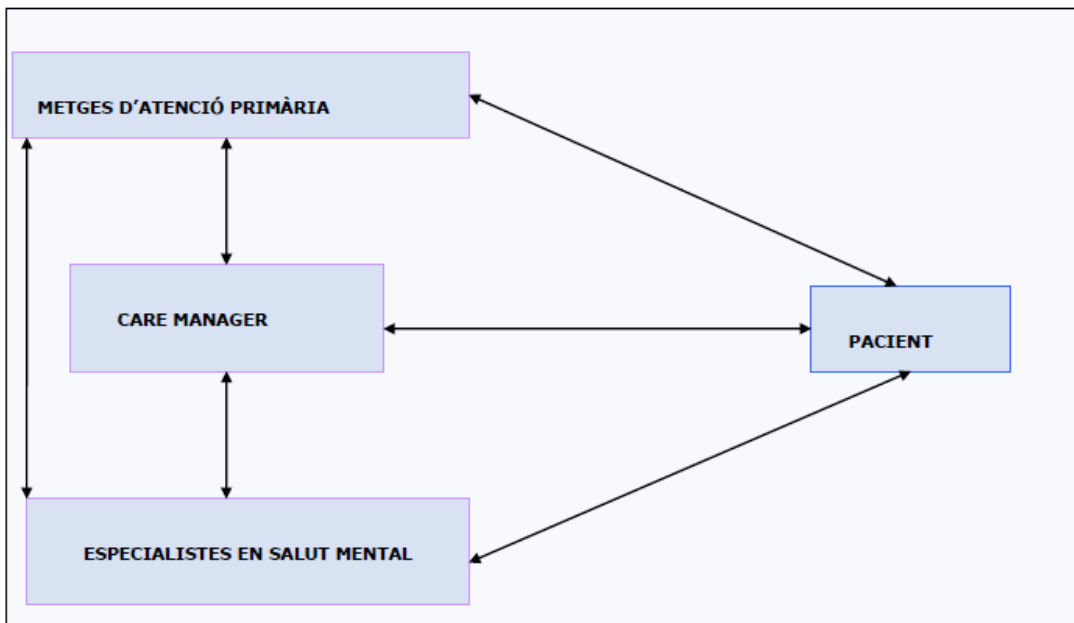
Per superar les dificultats en el maneig de la depressió s'ha anat produint des de l'inici dels anys 90 la implementació de nous models assistencials anomenats *collaborative care* i que assumeixen la depressió com una malaltia crònica.

En la línia del model d'atenció a la cronicitat, el *collaborative care* és un model que permet un abordatge de la depressió a un nivell superior basat en programes d'assistència mèdica compartida o de col·laboració entre els metges de l'atenció primària amb els serveis de salut mental (psicòlegs o psiquiatres), en l'educació del pacient i en la incorporació d'infermeria com a *care manager*. Proposen estratègies de tipus educatiu i organitzatiu que inclouen formació dels professionals sanitaris amb disponibilitat de guies de pràctica clínica; *case management*; mecanismes de coordinació i d'enllaç entre l'àmbit psiquiàtric especialitzat i l'atenció primària, i col·laboració entre el nivell de l'atenció primària i el nivell psiquiàtric especialitzat amb una continuïtat esglaonada en l'assistència al pacient deprimat. Ofereix tractaments basats en l'evidència i utilitza algoritmes de tractament dissenyats per a especialistes i altres algoritmes dissenyats per a metges de família que permeten l'aplicació de diferents graus en el maneig de la depressió segons els protocols. La revisió dels criteris diagnòstics, l'emplenament de registres, la retroalimentació, la supervisió per especialistes, la millora del suport electrònic i els canvis polítics proporcionen una millora dels resultats en l'abordatge de la depressió.

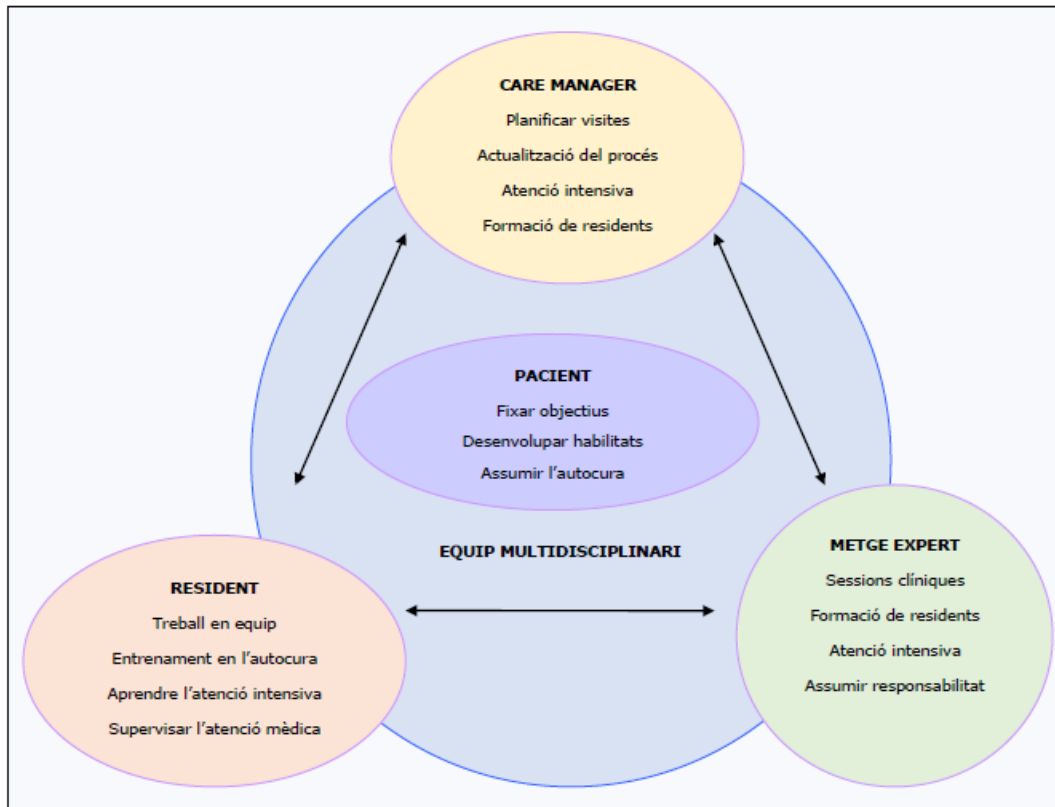
Diverses iniciatives basades en aquesta estratègia amb assajos aleatoritzats, realitzats principalment als EUA, proposen aquest model com l'ideal per a l'abordatge de la depressió, ja que ha demostrat increments significatius de l'adherència al tractament tant en la fase aguda com en la fase de continuació, amb resultat d'un benefici clínic i un menor cost per pacient satisfactòriament tractat, fins i tot en pacients amb un trastorn depressiu persistent. Una metanàlisi de la revisió de 36 estudis sobre el *collaborative care* posa en evidència que aquest model és més efectiu que un abordatge estàndard a curt i llarg termini. En aquesta revisió, el *collaborative care* va ser definit com una intervenció multifactorial que combina l'acció de tres professionals diferents (*care manager*, metge d'atenció primària i especialista en salut mental), que treballen conjuntament formant un equip multidisciplinar en l'àmbit de l'atenció primària i que engloba des de la intervenció telefònica fins al compliment terapèutic i també intervencions més complexes que inclouen un seguiment intensiu i la incorporació d'intervencions psicosocials.

Exemples: [Figura 1-Model TIDES.pdf](#) , [Figura 2-Model AHRQ.pdf](#)

**Figura-1.** Model de *collaborative care* per a l'abordatge de la depressió del projecte *Translating Initiatives for Depression into Effective Solutions* (TIDES), desenvolupat als EUA.



**Figura-2.** Model de *collaborative care* dissenyat per l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [intranet]. Disponible a: <https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/chroniccaremodel/chronic2a4.html> [accés: 20 de novembre 2017].



## Assistència esglaonada o *stepped collaborative care*

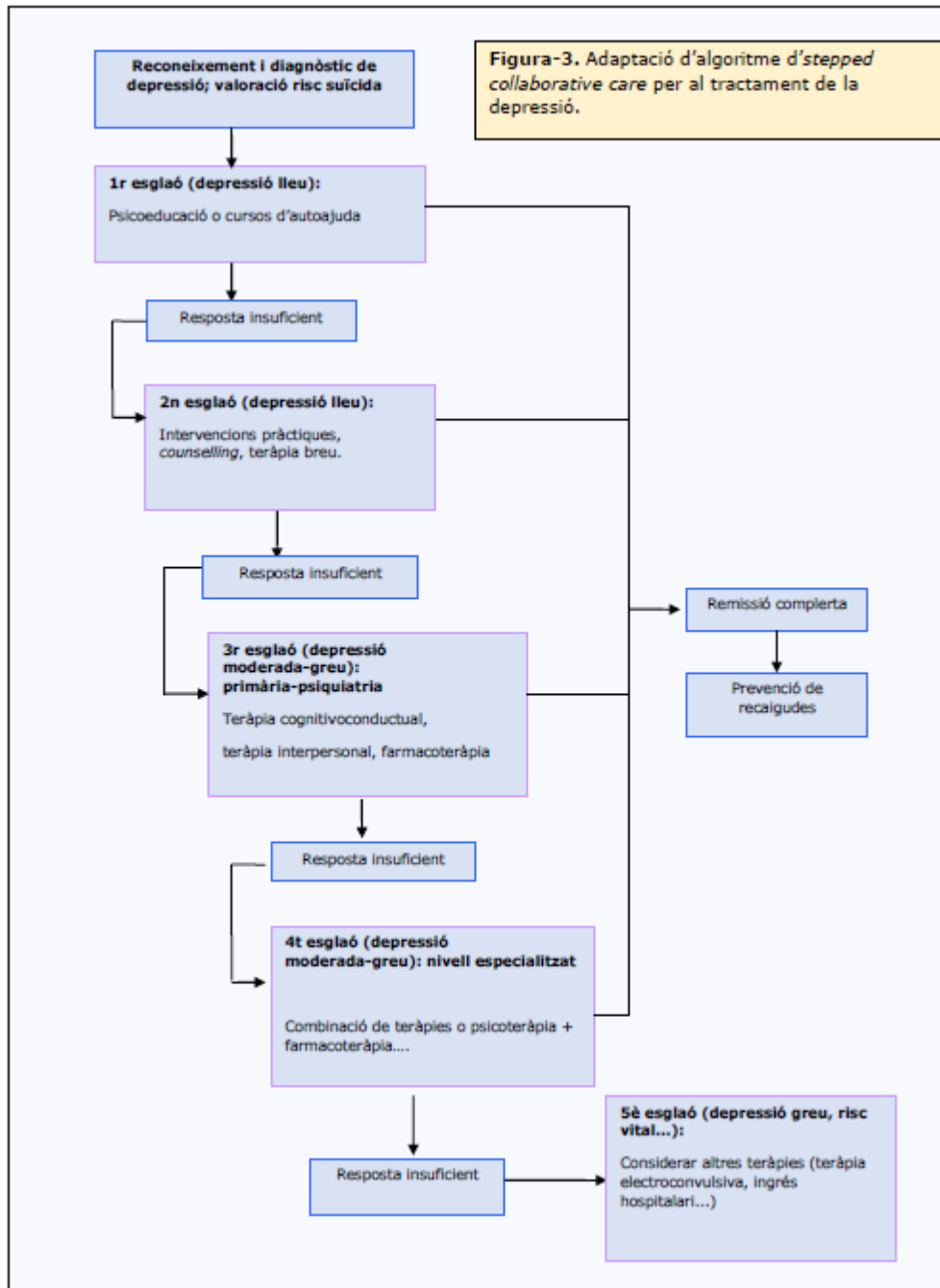
Un altre model de *collaborative care* és l'assistència esglaonada o *stepped collaborative care* que incorpora una estratègia que permet maximitzar l'eficiència amb les intervencions que s'ofereixen quan els recursos són limitats. En aquest model d'abordatge el monitoratge clínic continuat dels pacients i l'alta coordinació entre l'atenció primària, el *care manager* i el nivell especialitzat són les premisses fonamentals.

S'apliquen molts dels elements del *collaborative care*, basant-se en la utilització de protocols i guies de pràctica clínica estandarditzades segons l'evidència clínica; l'educació per als metges i infermeres d'atenció primària (entrenament per a l'adquisició d'habilitats pràctiques en el maneig de la patologia depressiva); la creació d'enllaços de comunicació entre professionals (sessions clíniques, històries clíniques compartides, *feedback* entre curadors); la coordinació entre el primer i el segon nivell assistencial, i la reorganització del model d'atenció sanitària.

L'*stepped collaborative care* ofereix un tractament i una atenció individualitzats segons les característiques del pacient, la seva malaltia (síntomes, evolució), les necessitats de salut, la situació social i les seves preferències. L'atenció professional comença amb les opcions de tractament menys restrictives, és a dir, aquelles que tenen menys impacte econòmic per al sistema sanitari, menys inconvenients per al pacient i una intensitat d'aplicació adequada al poc temps disponible en les consultes d'atenció primària.

El tractament inicial i els subsegüents se seleccionen d'acord amb un algoritme estratificat segons el progrés clínic del pacient: inicialment l'actuació professional està limitada al monitoratge clínic sistemàtic en l'àmbit de l'atenció primària o dels serveis socials i s'intensifica en aquells pacients amb major gravetat clínica que no assoleixen els objectius i necessiten un nivell superior d'abordatge, amb intervencions més intenses en forma de *collaborative care* i *case management*, fins i tot amb derivació al nivell especialitzat.

El model d'*stepped collaborative care* ha estat suggerit com el més recomanat per als trastorns depressius de gravetat moderada per evitar focalitzar només sobre les formes més severes i els pacients amb risc de recaigudes i recurrències tant en la guia *National Institute for Clinical Excellence Guide for Depression (NICE)*<sup>Error! Marcador no definido.</sup> com en la guia de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut adaptada al model català.



## Components principals dels models de *Collaborative care*

### *Care manager o case management*

Component principal en els models de *collaborative care*, desenvolupat majoritàriament per infermeria d'atenció primària. De forma genèrica, es defineix al *care manager* com una persona que organitza serveis de salut necessaris per treballar amb un individu o amb grups de pacients mitjançant un pla de desenvolupament, coordinació, monitoratge i avaluació. Pot ser un metge, una infermera, un altre professional sanitari o un treballador social, i la seva acció inclou des de supervisar l'evolució clínica, la pràctica de guies i promoure la cura i l'assessorament, fins a l'abordatge de qüestions ètiques o legals; en el cas de la infermera, s'assegura que els pacients obtinguin els serveis de salut i els beneficis que necessitin. Diversos estudis han demostrat que la incorporació de la figura del *care manager* en l'àmbit de l'atenció primària facilita l'abordatge de la patologia depressiva i permet l'assoliment de millors resultats clínics amb la reducció dels símptomes depressius, una major adherència al tractament i millor qualitat de vida, tant a curt termini (6 mesos) com a llarg termini (12, 18, 24 mesos i 5 anys).

Encara que una de les principals atribucions el *care manager* és assegurar l'adherència al tractament antidepressiu i detectar possibles dificultats en el compliment terapèutic també realitza altres intervencions com:

- Proporcionar consell i educació al pacient respecte a la depressió i la medicació antidepressiva (adherència, efectes secundaris, objectiu del tractament).
- Seguiment de l'assistència a les visites programades.
- Monitoratge de la resposta al tractament i supervisió del progrés clínic mesurant la severitat de la depressió mitjançant qüestionaris.
- Suport a activitats d'autoajuda i facilitar l'aprenentatge d'exercicis i estratègies per resoldre problemes.
- Monitoratge telefònic.
- Coordinació entre especialistes d'atenció primària, especialistes en salut mental i els pacients.

## Actuacions formatives dirigides als professionals d'atenció primària

Les estratègies formatives per millorar la detecció i l'abordatge de la depressió són de naturalesa diversa i inclouen disseminació de guies de pràctica clínica, formació en mètodes de millora contínua de la qualitat, formació grupal, utilització de mesures educatives dirigides als professionals d'atenció primària que proposen els models de *collaborative care*:

- Material educatiu per als professionals (guies clíniques).
- Sessions clíniques, grups de treball, conferències, estades formatives i en pràctiques.
- Actualització de coneixements amb sessions educatives realitzades per professionals ensinistrats amb la finalitat de produir un canvi de la pràctica mèdica.
- Consens entre professionals: compartir el problema clínic i discutir-lo en grup per arribar a un acord sobre quin seria l'abordatge més adequat.
- Líders d'opinió locals: metges seleccionats pels mateixos companys per la seva capacitat educativa i pel seu prestigi.
- Informació aportada pels pacients mitjançant qüestionaris i enquestes.
- Recordatoris per als pacients (verbal, en paper, informatitzats).
- Motivar els professionals en la identificació d'obstacles per al canvi i dissenyar estratègies que aportin intervencions per superar-los.

Val a dir que les intervencions formatives (incloent-hi les guies de pràctica clínica), per si mateixes, tenen una repercussió mínima en el maneig de la depressió en l'atenció primària i només són efectives si van acompanyades d'altres mesures, especialment de líders d'opinió locals per realitzar la funció de formadors dels seus companys, i altres estratègies educatives i d'habilitats pràctiques i mesures de recolzament i de tipus organitzatiu: infermeria, *case management*, *collaborative care* i modificacions dels processos assistencials.

## Guies de pràctica clínica

- Ajuden i orienten els metges a decidir l'abordatge de situacions clíniques determinades.
- Intervencions basades en estratègies educatives i organitzatives (*case management*, *collaborative care* i *stepped care*) ajuden a implementar-les.

## Mesures organitzatives:

- Canvi del rol dels professionals que permeti el desenvolupament de noves tasques.



- Equips clínics multidisciplinars per afavorir la col·laboració entre professionals de diferents especialitats.
- Integració de diferents serveis per treballar conjuntament i alhora.
- Incorporació de nous models per al seguiment (*case management*) i la coordinació del tractament que facilitin i assegurin l'assistència continuada en el temps.

## Bibliografia

- Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58(2): 145-151
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract* 2006; 23(3): 363-368.
- Felker BL, Chaney E, Rubenstein LV, Bonner LM, Yano EM, Parker LE et al. Developing Effective Collaboration Between Primary Care and Mental Health Providers. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8(1): 12-16.
- Gilbody S, Whitty P, and staff at the NHS Center for Reviews and Dissemination, University of York. Improving the recognition and management of depression in primary care. *EHCB* 2002; 7(5): 2-12.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006; 126(12): 445-451
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of World Health Organization* 2004; 82(11): 858-866.
- Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272(22): 1741-1748.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 104-109.
- Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Haro JM. Adequacy of antidepressant treatment in Spanish Primary Care: A naturalistic Six-Month Follow-Up Study. *Psychiatr Serv* 2008; 59(1): 78-83.
- Serna MC, Cruz I, Real J, Gascó E, Galván L. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. *Eur Psychiatry* 2010; 25(4): 206-21