

LA2, PE2.1:

PROCESOS CLÍNICOS INTEGRATS

Consensos per a la detecció d'elements clau de procés (ECP) i prioritització de guies de pràctica clínica (GPC) en:

- **Depressió**
- **Diabetis mellitus 2**
- **Insuficiència cardíaca**
- **MPOC**

Versió 4.2. Setembre de 2012

Sumari

1. Introducció	3
2. Fases del treball dels grups d'experts	4
3. Revisar el concepte d'ECP	5
4. GPC recomanades	7
5. Diabetis mellitus 2	
• ECP detectats en circulacions 1 i 2	8
• Valoracions a les recomanacions sobre els ECP prioritzats	10
• Recull de comentaris de l'enquesta	16
• Valoració dels experts després de circulació 4	13
• Comentaris finals dels experts	19
• ECP finals segons la sessió de treball PPAC-SESPS	20
6. Insuficiència cardíaca	
• ECP detectats en circulacions 1 i 2	22
• Valoracions a les recomanacions sobre els ECP prioritzats	24
• Recull de comentaris de l'enquesta	26
• Valoració dels experts després de circulació 4	28
• Comentaris finals dels experts	30
• ECP finals segons la sessió de treball del PPAC	31
7. Depressió	
• ECP detectats en circulacions 1 i 2	32
• Valoracions a les recomanacions sobre els ECP prioritzats	35
• Recull de comentaris de l'enquesta	37
• Valoració dels experts després de circulació 4	43
• Comentaris finals dels experts	45
• ECP finals segons la sessió de treball PPAC-PDSMA	56
8. MPOC	
• Valoracions a les recomanacions dels ECP prioritzats	57
• Recull de comentaris de l'enquesta	59
• Valoració final dels experts després de la segona enquesta	62
• Comentaris finals dels experts	65
• ECP finals segons la valoració conjunta PPAC-PDMAR	66
9. Proposta d'avaluació i de registres a la HCCC	
• Diabetis mellitus 2	68
• Insuficiència cardíaca	71
• Depressió	73
• MPOC	75
10. Epíleg	78
11. Experts que han col·laborat en els processos de consens	79
• Depressió	79
• Insuficiència cardíaca	80
• Diabetis mellitus 2	81
• MPOC	82
• Taxes de participació dels experts contactats	82

Introducció

Les directrius que deriven del Pla de salut 2011-2015 estableixen, com a Projecte estratègic 2.1 del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), el desplegament de l'atenció als deu processos clínics integrats de més impacte pel que fa a malalties cròniques al país (insuficiència cardíaca, nefropatia i malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma, diabetis mellitus 2, depressió, demències, trastorns mentals severos i greus, càncer, malalties del sistema musculoesquelètic i dolor crònic).

Les quatre patologies que han de ser revisades durant l'any 2012 són la insuficiència cardíaca, la MPOC, la depressió i la diabetis mellitus 2. La resta de malalties seran treballades en el proper trienni.

L'objectiu general d'aquest projecte és millorar l'abordatge clínic dels pacients amb aquestes malalties, amb el recurs més adient segons el grau i la fase evolutiva. El propòsit és que se'n redueixi la morbiditat i la mortalitat i millori la qualitat de vida dels pacients i l'autocontrol sobre la seva patologia.

A tal fi s'ha dut a terme, per a cada patologia, un procés de consens d'experts amb els objectius següents:

Identificar guies de pràctica clínica (GPC) de qualitat	Mitjançant procés de consens, determinar quines són les GPC de més bona qualitat entre les d'ús habitual en la pràctica assistencial del país.
Aportar un consens d'experts pel que fa a GPC de referència	<p>Reduir al màxim el nombre de GPC de referència amb l'ambició de seleccionar aquella/es més ben posicionada/es com a estàndard.</p> <p>Les GPC prioritzades es remetran a l'Oficina de GPC de l'AIAQS perquè sigui aquesta agència qui, finalment, determini la que serà definitivament referent.</p>
Determinar els elements clau de procés (ECP) de cada patologia	<p>Per a cadascun dels processos crònics, establir, mitjançant consens d'experts, els 5-10 aspectes més importants de cada patologia (ECP), sobre la base dels criteris següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacte positiu en la salut i la qualitat de vida dels afectats (increment de la supervivència, reducció de la morbiditat i de la mortalitat). - Impacte positiu en el sistema, el model assistencial i les organitzacions. - Dèficit clínic o assistencial establert, reconegut o rellevant. - Factibilitat d'actuació universal. - Possibilitat de registre i mesura de les actuacions.
Desplegar cada ECP	<p>Per a cada ECP detectat es consensuarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definició del problema. - Recomanació de bona pràctica. - Acció assistencial que comporta. - Objectiu final que es pretén assolir.
Orientar la seva avaluació	<p>Per a cada acció/objectiu que es detecti, es proposarà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre propi de l'acció. - Format d'incorporació a la HCCC. - Indicador que mesura l'assoliment de l'objectiu.

Fases del treball dels grups d'experts

El treball ha estat ordenat sobre la base de les fases següents:

Fase preparatòria

Contacte institucional	<p>Per a cada projecte s'han dut a terme trobades de treball amb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pla director (o ens equivalent) de l'àmbit. - Societats científiques relacionades. - Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. - Consell Català de Col·legis d'Infermeria. - Patronals referents del sector sanitari.
Selecció i contacte amb experts col·laboradors	<p>S'ha confeccionat un llistat d'experts representatius de l'elit professional atenent cada patologia.</p> <p>Cada expert col·laborador ha rebut una invitació formal de participació, així com la informació necessària per dur a terme la tasca requerida.</p>
Disseny del mètode de consens	<p>La metodologia idònia per al consens ha estat revisada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per a la insuficiència cardíaca, depressió i diabetis mellitus, s'ha optat pel mètode Delphi. - Per a la MPOC, com que ja existia un consens previ dut a terme pel PDMAR, s'han dut a terme enquestes d'opinió. <p>Els mètodes de consens han estat exposats i revisats pels experts des del punt de vista conceptual, operatiu i executiu.</p>

Fase de consens

Execució del procés de consens en cada patologia seleccionada	<p>Inclou la determinació per consens del següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plec prioritzat de GPC recomanades. - Identificació d'ECP. - Acord en recomanacions per a cada ECP.
--	--

Fase d'elaboració final de conclusions

Tancament del procés de consens	<ul style="list-style-type: none"> - Celebració, si escau, d'una trobada presencial entre els experts de cada patologia. - Revisió d'aspectes pendents del procés de consens. - Redacció dels documents de consens per a cada patologia prioritzada. - Reconeixement formal als experts col·laboradors. - Exposició dels documents a referents temàtics i institucionals fins fer-ne la versió final, que ha d'incloure: <ul style="list-style-type: none"> - Definició dels registres que cada acció requereix, incloent-hi recomanacions per a la HCCC. - Proposta d'indicadors per a cada registre.
--	--

Els qüestionaris Delphi han estat tractats sobre la base de les circulacions següents:

Circulació 0: contacte	Selecció de col·laboradors i tramesa de carta formal d'invitació amb informació complementària sobre el projecte
Circulació 1: prioritzar GPC i detectar ECP	Qüestionari de prioritats de GPC Qüestionari d'identificació d'ECP
Circulació 2: revisar ECP i fer-ne la tria¹	Qüestionari de segona votació d'ECP basant-se en els resultats de circulació 1
Circulació 3: valorar recomanacions sobre els ECP triats	Qüestionari amb escales d'opinió sobre les 1-3 recomanacions fetes pel PPAC per a cada ECP (consultades prèviament amb plans directors o ens equivalent)
Circulació 4: tancar el consens^{2,3}	Qüestionari de valoració de recomanacions triades i noves incorporacions ⁴

- (1) La tria inicial d'ECP es fa basant-se en la segona votació, seleccionant les propostes que han rebut una valoració positiva per part d' almenys un terç dels experts.
- (2) Es trien aquelles recomanacions que tenen una puntuació mitjana de ≥ 8 sobre 10 o a les quals almenys 2/3 dels experts han donat 8 sobre 10 punts.
- (3) El consens final es fa incorporant els nous ítems que han estat introduïts per mantenir una posició preferencial sobre la base de criteris d'evidència científica o d'estratègia clínica del pla director corresponent o referits en comentaris addicionals dels experts.
- (4) Sobre el consens del Delphi, es fa una selecció final d'ECP i recomanacions sobre la base d'una trobada tècnica entre PPAC i el pla director (o ens equivalent) corresponent, incorporant elements relacionats amb tractaments farmacològics per part dels tècnics de l'AIAQS i de la Gerència d'Atenció Farmacèutica. Finalment, s'exposen les conclusions a la Direcció general de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, que en valida la versió final.

Revisar el concepte d'ECP

Es defineixen com a **ECP** aquells aspectes més importants en la gestió clínica de les persones afectades d'una determinada malaltia crònica.

La idea és establir, mitjançant consens d'experts, els 5 o 10 (màxim 15) aspectes més importants de cada patologia (ECP) d'acord amb els criteris següents:

- Impacte positiu en la salut i la qualitat de vida dels afectats (increment de la supervivència, reducció de la morbiditat i de la mortalitat).
- Impacte positiu en el sistema, en el model assistencial i en les organitzacions.
- Dèficit clínic o assistencial establert, reconegut i rellevant.
- Factibilitat d'actuació universal.
- Possibilitat de registre i mesura de les actuacions.

Els ECP fan referència a objectius assistencials relacionats amb un impacte més gran, en què podem actuar de forma efectiva i que han de ser garantits i assolits arreu del territori català, i a tots els dispositius que atenen pacients afectats de la patologia en qüestió.

Els ECP, en conseqüència, es refereixen tant a aspectes de gestió clínica com a aquells relacionats amb l'àmbit organitzatiu (sistemes de registre, circuits assistencials, organització interna o interrelació entre organitzacions i centres assistencials).

Els ECP no constitueixen els estàndards finals d'èxit en l'abordatge d'una patologia, sinó que representen els mínims exigibles. A partir del seu assoliment es pot construir una gestió amb visió d'excel·lència.

GPC recomanades

Per ordre de recomanació i per a cada patologia, les GPC més recomanades pels experts són aquestes:

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Society of Cardiology: www.secardiologia.es 2. ICS: www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ 3. ACCF/AHA: http://my.americanheart.org/professional/index.jsp 4. NICE: http://guidance.nice.org.uk/
DM2	<ol style="list-style-type: none"> 1. NICE: http://guidance.nice.org.uk/ 2. GEDAPS: http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/quias/guia_gedaps_practica-cinica-2010.pdf 3. American Diabetes Association: http://professional.diabetes.org/CPR_search.aspx 4. ICS: www.gencat.cat/ics/professionals/guies/
DEPRESSIÓ	<ol style="list-style-type: none"> 1. PLA NACIONAL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf 2. AIAQS: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf 3. NICE: : http://guidance.nice.org.uk/ 4. American Psychiatric Association: http://www.psychiatry.org/practice/clinical-practice-guidelines
MPOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. GOLD: http://www.goldcopd.org/ 2. ICS: www.gencat.cat/ics/professionals/guies/, 3. SEPAR: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf) 4. GESEPOC: http://www.gesepoc.com/

Aquesta prelació de GPC ha estat posada en coneixement de l'Oficina de GPC de l'AIAQS, la qual, a mitjà termini, té la missió d'establir les guies referents al país.

En aquest sentit, totes les referències a GPC de base / tria territorial que s'esmenten en aquest document dependran en el futur de la decisió que l'esmentada oficina prengui.

Diabetis mellitus 2

ECP detectats en circulacions 1 i 2

En gris, els vots obtinguts en circulació 1, i en vermell, en circulació 2. En verd hi ha els ECP que passen a circulació 3.

Potenciar el diagnòstic precoç	
Promoure l'autocura dels pacients	
Assegurar l'educació sanitària completa i d'efectivitat avaluada	
Pactar individualment els objectius amb els pacients	
Individualitzar els casos (sense esment a la participació del pacient)	
Controlar els factors de risc cardiovasculars en general	
Control òptim de la LDL	
Control òptim del tabaquisme	
Control òptim de TA	
Control òptim de microalbuminúria	
Identificació precoç i acurada de les complicacions en general	
Control òptim de fons d'ull	
Control òptim de peu diabètic	
Evitar amputacions	
Control òptim d'Hb glicada	
Bona prevenció i control de les hipoglicèmies	
Bona prevenció i control de les hiperglicèmies	
Adequar el tractament farmacològic a GPC de referència	
Assegurar l'adherència i el compliment del tractament	
Assegurar la conciliació de la prescripció	
Disposar d'HCCC	

Disposar d'accés compartit a resultats analítics	
Potenciar les TIC com a instrument de coordinació	
Integració funcional o coordinació dels equips assistencials	
Polítiques d'incentius compartits entre dispositius	
Protocolització comuna de seguiment de DM2	
Optimització de la insulinització segons els criteris de GPC	
Protocol comú dels autocontrols	
Aconseguir un bon acompliment de la història clínica	
Instal·lar alarmes i recordatoris a la història clínica apropiats per a DM2	
Adequar la història clínica a les necessitats de control del diabètic	
Adequar vies de comunicació ràpides entre nivells	
Facilitar l'accés i el contacte dels pacients als professionals	
Crear experteses en diabetis dins els EAP	
Derivació àgil a cirurgia vascular	
Crear unitats de peu diabètic	
Evitar duplicitats entre professionals	
Capacitar l'APS per a un bon control d'hiperglicèmies i d'interocurrències	
Garantir la formació dels professionals	
Facilitar l'accés al material d'autocura i autocontrol	

Valoracions a les recomanacions sobre els ECP prioritzats

En verd hi ha les recomanacions que passen a circulació 4.

En el moment de votar cada recomanació, els experts han pogut puntuar-les de 0 (absolutament en desacord) a 10 (totalment d'acord).

El número a sota de cada puntuació reflecteix la quantitat d'experts que han optat per cada valor.

PROPOSTA 1: INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els territoris han de tenir rutes assistencials sobre DM2 definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								5	1	8

RECOMANACIÓ 1.2: **Tots els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de DM2.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	4	6

PROPOSTA 2: ASSEGURAR L'EDUCACIÓ SANITÀRIA COMPLETA I D'EFFECTIVITAT AVALUADA

RECOMANACIÓ 2.1: **Tots els EAP han de tenir un infermer/a format en educació diabetològica i un metge o metgessa referent d'aquesta patologia.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2	4	7

RECOMANACIÓ 2.2: **Tots els EAP han de tenir un protocol avaluat anualment d'autocura del pacient diabètic.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	1		3	5	2

PROPOSTA 3: CONTROLAR ELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULARS

RECOMANACIÓ 3.1: **Els pacients diabètics han d'abandonar el tabac.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	1	1	11

RECOMANACIÓ 3.2: **Els pacients diabètics han de tenir la TA ben controlada segons els criteris de la GPC de referència al territori.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							3	3	3	5

PROPOSTA 4: IDENTIFICACIÓ PRECOÇ I ACURADA DE LES COMPLICACIONS EN GENERAL

RECOMANACIÓ 4.1: **Tots els territoris han de disposar d'accés a càmeres no midriàtiques amb dades de cobertura adequades d'aquest servei.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		5	4	4

RECOMANACIÓ 4.2: **Tots els territoris han de tenir circuits de referència d'atenció al peu diabètic, expressats en la ruta assistencial.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								3	5	6

PROPOSTA 5: DISPOSAR D'HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA

RECOMANACIÓ 5.1: **Tots els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats analítics, pautes terapèutiques i complicacions.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									3	11

RECOMANACIÓ 5.2: **Tots les equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1		4	10

PROPOSTA 6: FACILITAR L'ACCÉS AL MATERIAL D'AUTOCURA I AUTOCONTROL

RECOMANACIÓ 6.1: Els EAP han de disposar de dotació de tires reactives ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								4	2	7

RECOMANACIÓ 6.2: Les GPC i les rutes assistencials han d'esmentar els criteris d'ús de tires reactives ajustats a la millor evidència disponible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		1	2	9

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions:¹ proposta 1

La missatgeria electrònica hauria de ser una eina més, però en cap cas convertir-se en el sistema principal de relació entre nivells assistencials.

És condició imprescindible per a implantar la recomanació 1.2 que es comptabilitzi el temps utilitzat pels professionals com a temps ocupat en assistència.

Les rutes assistencials redactades han de ser pràctiques, comparables entre territoris i s'han de difondre correctament.

Quant a la comunicació electrònica, sigui o no mitjançant missatgeria, és vital. L'ús de les noves tecnologies és imprescindible i inqüestionable, però seria necessària la integració dins el treball diari i de les rutes redactades (en moment inicial o en revisions posteriors), que seran necessàries posteriorment a l'aplicació i avaluació de les mateixes.

1.2: agendes virtuals compartides entre AP i hospital referència

Cal que la ruta assistencial estigui en el context d'una estratègia d'integració entre l'atenció primària i l'endocrinologia. L'experiència de Girona ens demostrà que una coordinació, malgrat ser un gran pas, no és útil a llarg termini.

És imprescindible reservar un espai a l'agenda, dins el temps assistencial, per a aquestes activitats i que no es tractin com activitats afegides, sobretot des del punt d'atenció primària.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 2

Disposar a l'EAP d'un conjunt de professionals que pot donar resposta i proximitat a les demandes d'atenció dels pacients amb diabetis, permetria millorar l'atenció dels mateixos i reduir la important variabilitat que existeix actualment vers el seguiment del pacient, especialment pel que fa al seu apoderament i a la transmissió de coneixements d'educació diabetològica.

Caldria establir la rutina de reunions periòdiques entre aquests referents i els especialistes de referència per a valorar l'efectivitat del sistema.

El metge/essa i l'infermer/a han de fer la tasca de formador de formadors respecte a la resta de companys. És important que tot l'equip conegui el què s'està fent i hi hagi un protocol de referència. Tot el personal ha d'estar format per a l'educació diabetològica individual, i el referent ha d'actuar d'enllaç entre l'especialitzada i la resta d'equip.

El concepte de *protocol d'autocura del pacient diabètic* és ambigu. Sense especificar-lo més no puc estar ni d'acord ni en desacord.

Em semblen bé les recomanacions encara que considero molt important reforçar els coneixements sobre diabetis de tots els professionals, especialment dels professionals d'infermeria que treballen directament amb el malalt.

El grau d'autocura no pot ser igual per a tots els pacients, ja que dependrà del seu grau.

2.1 Experts o referents de ruta

¹ Els comentaris que han expressat els col·laboradors en aquest document han estat respectats llevat quan ha calgut corregir l'ortografia.

2.2 Tenint la GPC de l'ICS consensuada i a l'ECAP

L'avaluació dels protocols potser es podria fer amb caràcter bianual en lloc d'annualment, a no ser que es detecti algun element que calgui revisar abans del previst.

El procés ha de ser avaluat i repassat per part de tot l'equip.

Els EAP haurien de tenir programes educatius estructurats.

L'excel·lència dels seus membres pot anar lligada a la *subespecialització* en l'AP, però el protocol d'autocura del pacient diabètic no cal que sigui per a cada EAP.

Crec que l'avaluació del protocol s'ha de fer de forma conjunta amb els diferents nivells assistencials d'una mateixa àrea. Això fomenta la unificació de criteris.

Totalment en desacord en la recomanació 2.1. Un referent en la patologia equival a traslladar tots els problemes d'una assistència basada en el metge o metgessa especialista a l'EAP. Si realment es necessita un referent especialista (metge/essa i infermer/a) treballant en l'EAP, seria molt més eficient contractar directament l'especialista, cosa que també seria un gran error (hi ha exemples a altres autonomies). Un enfocament més apropiat seria l'existència d'un referent de la ruta assistencial, però mai de la malaltia.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 3

Totalment d'acord, sempre i quan el punt 3.2 contempli els pacients amb malaltia arterioscleròtica establerta i, per tant, amb risc d'insuficiència arterial si es marquen objectius molt estrictes. Es troba a faltar com a factors de risc CV el control dels lípids.

La realitat diu que és molt complicat controlar tots els FRCV, però evidentment ho hem d'intentar.

En el punt 3.2 proposo la GPC de l'ICS.

La recomanació 2 és massa taxativa en l'aspecte de la GPC. El punt exacte de control de la TA en diabetis està actualment en discussió i les guies inclouen un grau d'individualització que cal tenir en compte. Les guies ofereixen orientació en la que basar la pràctica clínica, però no diuen com s'ha de tractar cada malalt. Convindria trobar una redacció millor.

Cal vigilar respecte al control estricte de la PA. Actualment tenim guies de referència molt estrictes en el control de la PA en pacients diabètics i caldria valorar que no facin hipotensions nocturnes, per aconseguir el 130/80 mmHg que marquen les guies, que serien més perilloses que mantenir la PA per sota de 140/90 en certes franges d'edat. Hauríem de tenir un MAPA dels pacients per descartar aquest fet, abans de ser tan agressius i, en el seu defecte, valorar si cal un control tan estricte (fet que avui en dia està discutit per l'evidència científica recent).

Controlar la PA en diabètics és difícil, jo com a mínim indicaria que els diabètics hipertensos han d'estar tractats farmacològicament amb monoteràpia o teràpia combinada segons els nivells de PA per MAPA.

Es podrien incloure consells educatius als programes estructurats per tal de mantenir la TA controlada.

Crec molt important recomanar l'abandonament de l'hàbit de fumar, però tal com està expressat no m'agrada, ja que la decisió final dependrà de la voluntat del pacient. Estaria més

d'acord amb recomanar el cessament del tabac i disposar d'un protocol per ajudar a deixar de fumar.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 4

Cal tenir en compte que l'ús de les càmeres no midriàtiques són útils per fer cribratge de la RD. Cal tenir molt ben organitzada la ruta assistencial, per evitar que es converteixi en un «acte notarial» (es dóna fe que... però no hi ha una resposta clínica adequada). Molt important que l'oftalmòleg de referència participi en la ruta assistencial.

L'atenció al peu diabètic precisa d'un circuit molt complex, donat que afecta a diferents especialistes.

Disposar de càmeres és quelcom que en gran part del territori ja fa temps que se'n té. Potser el més preocupant és que, feta la inversió en el recurs, no s'ha plantejat l'estratègia adequada per a la seva posada en marxa. Fins i tot avui dia hi ha territoris en els que hi ha una experiència en la utilització d'aquest utilitatge, mentre que en d'altres indrets tot just s'inicia la seva implementació, tot i disposar dels aparells.

Respecte a la recomanació 4.2 penso que és molt necessària, però que l'atenció al peu diabètic va més lluny que la visita al podòleg. Hauria d'haver equips de diabetis especialitzats per atendre aquest problema.

Circuits clars, ràpids i efectius!!

No hi ha diabetis, hi ha pacients diabètics... pel que s'ha de tenir el màxim control de tots els òrgans diana.

A part de disposar de càmera amidriàtica, caldria establir qui i com s'avalua el fons d'ull.

Caldria millorar la llista d'espera per accedir a un fons d'ull i agilitzar l'obtenció del resultat ja que, almenys a la nostra àrea, podem tardar bastants mesos en saber el resultat un cop feta l'exploració.

Cal disposar d'unitats de peu diabètic multidisciplinàries, ubicades en hospitals de referència. Això no vol dir tenir una unitat a cada hospital, ni molt menys... però les que hi hagi que estiguin ben dotades, amb professionals altament qualificats.

Actualment l'evidència diu que la progressió de la retinopatia és lenta i, atès que estem fent el diagnòstic més precoçment i en xifres de glucèmia més baixes i recentment amb la glicada que agafem el diagnòstic quan les basals encara no estan en rang de diabetis a expenses de les postprandials que el fons d'ull s'hauria de fer al diagnòstic i cada 2 anys en absència de lesions.

Tot diabètic amb accés a aquest cribratge cada 2 anys!!!

Informe per oftalmòleg amb responsabilitat sobre la retinopatia diabètica, no com es fa ara que l'informa el metge o metgessa de capçalera i, a més, els oftalmòlegs no el volen veure encara que sigui per un altre motiu si no te feta una CNM!!!

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 5

És imprescindible aquest accés i que s'aboquin les dades als fulls de monitoratge de la història clínica, i obligar al registre del MEAP de la visita, doncs ens trobem que hi ha especialistes que no apunten res, o a vegades molt insuficientment. Igual que nosaltres apuntem M: E: A; P: caldria exigir-ho als altres, doncs és imprescindible per al seguiment del pacient, com moltes vegades que el pacient ve que li expliquis perquè no ha entès perquè l'especialista l'envia a l'hospital i tu tampoc tens dades!!!!

No hauria d'estar acreditada cap unitat productiva que no comparteixi tots els procediments amb els diferents nivells assistencials!!! El contrari comporta duplicitats que no son cost-eficaces ni laboralment ni de cara al pacient.

El problema d'ara és que només els hospitals ICS comparteixen tota la informació i, així i tot, la comunicació no és bidireccional

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 6

Tant des d'atenció primària com des de l'hospitalària s'hauria de seguir el mateix criteri i tenir el mateix control a l'hora de dotar els pacients de tires reactives.

No s'ha d'aplicar un protocol que s'ha consensuat per als pacients ben controlats i estables a tots els pacients segons el tractament que prenen, que és el que s'està fent ara, independentment de si estan a l'inici del tractament i encara no han assolit el control esperat.

Cal un consens que inclogui les associacions de diabètics. Existeix un sentiment de pèrdua únicament motivat per la crisi, quan és obvi i hi ha hagut i hi ha una important manca de criteri clínic a l'hora d'aconsellar l'ús de l'autocontrol de les glucèmies capil·lars. No fa gaire mesos es va fer un intent de racionalització de l'ús de les tires, que va fracassar per la por d'alguns responsables d'un enfrontament amb els malalts.

Cal una revisió urgent del protocol de tires reactives actual, que no és realista, aprofitant la feina feta en alguns territoris, on ja existeixen protocols paral·lels innovadors.

Recomanació 6.1: la cua «ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença» té, i més en les circumstàncies actuals, una aroma restrictiu que és innecessari en aquest nivell de document.

Recomanació 6.2: la cua «ajustades a la millor evidència disponible» és millorable o fins i tot eliminable, perquè està clar que no es faran ajustades a la pitjor evidència, i perquè es ben sabut que l'evidència en aquest punt concret és controvertida.

Valoració dels experts després de circulació 4

En verd hi ha les recomanacions que finalment queden establertes pels experts.

PROPOSTA 1: INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els territoris han de tenir rutes assistencials sobre DM2 definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								5	1	9

RECOMANACIÓ 1.2: **Tots els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de DM2.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	4	7

PROPOSTA 2: ASSEGURAR UNA EDUCACIÓ SANITÀRIA COMPLETA I D'EFECTIVITAT AVALUADA

RECOMANACIÓ 2.1: **Tots els EAP han de tenir un infermer/a format en educació en diabetis i un metge o metgessa referent d'aquesta patologia.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2	4	8

RECOMANACIÓ 2.2: **Tots els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient diabètic amb avaluació anual.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	1	1	5	1	3

PROPOSTA 3: CONTROLAR ELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULARS

RECOMANACIÓ 3.1: **Els pacients diabètics han d'abandonar el tabac.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	1	1	12

RECOMANACIÓ 3.2: **Els pacients diabètics han de tenir la TA ben controlada segons els criteris de la GPC de referència al territori.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							3	3	3	6

PROPOSTA 4: IDENTIFICACIÓ PRECOÇ I ACURADA DE LES COMPLICACIONS EN GENERAL

RECOMANACIÓ 4.1: **Tots els territoris han de disposar d'accés a càmeres no midriàtiques amb dades de cobertura adequades d'aquest servei.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		5	4	5

RECOMANACIÓ 4.2: **Tots els territoris han de tenir circuits de referència d'atenció al peu diabètic, expressats en la ruta assistencial.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								3	5	7

PROPOSTA 5: DISPOSAR D'HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA

RECOMANACIÓ 5.1: **Tots els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC, amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats analítics, pautes terapèutiques i complicacions.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									3	12

RECOMANACIÓ 5.2: **Tots els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1		4	11

PROPOSTA 6: FACILITAR L'ACCÉS AL MATERIAL D'AUTOCURA I AUTOCONTROL

RECOMANACIÓ 6.1: **Els EAP han de disposar de dotació de tires reactives ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								4	2	8

RECOMANACIÓ 6.2: **Les GPC i les rutes assistencials han de fer esment dels criteris d'ús de tires reactives ajustats a la millor evidència disponible.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				1		1		1	2	9

Comentaris finals dels experts

L'enquesta és molt dirigida, doncs tothom ha d'estar d'acord amb les indicacions. He posat 10 si estic totalment d'acord. En relació a les GPC, crec que han d'estar consensuades, i el problema de tenir cada EAP la seva fa que no tinguin aplicabilitat.

Altres aspectes de la comunicació són molt valuoses, malgrat estem molt lluny.

Finalment voldria fer esment que el problema de l'educació, autocontrol, automodificació d'insulina, etc., ha de fer-se seguint unes guies terapèutiques generals. Ara, cada CAP fa la seva i així anem, donant la sensació de que es vol fer una retallada aplicada a l'assistència del pacient amb diabetis.

Un cop aprovats els ECP, potser seria interessant en una fase molt posterior, una posada en comú de com s'aplica en cada territori cada punt a través de la proposta o la realitat visualitzada a les RA.

És molt important tenir protocols d'autocura, però potser no cal que s'avaluïn anualment sinó cada 2 anys, per exemple, sempre i quan no s'hagi detectat cap punt que així ho requereixi.

Considero que un dels punts més importants a tenir en compte és la bona comunicació entre els diferents nivells i àmbits assistencials, i sobretot que tots ells treballin seguint les mateixes directrius i criteris a l'hora d'establir pautes de tractament, fer recomanacions, distribuir material d'autocura, etc.

La recomanació 2.2 està molt lligada a la 2.1. Si s'imparteix educació és lògic avaluar el resultat d'aquesta intervenció, tal com es fa amb qualsevol tractament mèdic.

Recomanació 6.1: s'ha de tenir en compte les necessitats individuals de cada pacient. Diferenciar entre DM1, DM2 tractat amb insulina i DM2 no insulinitzat.

Respecte als comentaris, mantinc bàsicament els de la tercera ronda i afegir que considero que el punt que es va discutir a la reunió del passat dilluns respecte a que aquestes són recomanacions de mínims que s'han de complir.

S'avalua l'autocura (del pacient, entenc) o la detecció de peu de risc (pel sanitari i pacient)?

El protocol ha de ser actualitzat periòdicament. Potser no cal anualment. Al darrere ha d'haver-hi un responsable al que se li assigni un temps per fer-ho dins del seu horari.

Trobo a faltar la dotació de temps per fer totes aquestes tasques. Cada vegada tenim assignades més funcions. Cal contemplar aquest aspecte: a la darrera reunió al departament em vaig veure venir un tsunami: 5 indicadors per patologia crònica igual a 20 indicadors i penseu que tenim pacients que, en un sol cas, presenten les 4 (MPOC, diabetis, depressió i insuficiència cardíaca)!!!!

A més del desprescribint!!!

La meua opinió és que s'ha arribat a un grau de detall acceptable, per bé que dibuixa unes recomanacions que caldrà perfilar de manera precisa perquè tinguin validesa pràctica.

Cada malalt té característiques clíniques, socioculturals, econòmiques i demogràfiques diferents. Penso que és difícil tenir un mateix protocol per a tothom. Possiblement és més efectiu avaluar els objectius individuals, fer-ne el seguiment en cada visita i tenir un full de registre que permeti avaluar els resultats de salut i els canvis assolits.

De fet jo hi vaig estar totalment d'acord amb aquest ítem perquè potser equivocadament, però jo vaig entendre «protocol d'autocura» com un programa d'educació terapèutica, perquè de fet l'educació al pacient és per aconseguir l'autocura i que, com a tal, aquesta pregunta no es feia a l'enquesta. Penso que és fonamental treballar amb programes estructurats d'educació i aquests han d'ésser avaluats anualment i, és més, haurien de ser consensuats entre els diferents nivells assistencials d'una mateixa àrea. Això fomenta la unificació de criteris.

Tal com està redactada la recomanació 2.2, sembla que cada centre ha de tenir un protocol propi per avaluar. Disposem d'eines incorporades en el nostre sistema informàtic que ja ens donen aquestes dades, GPC ICS de DM2, EQA mensual i anual d'indicadors, llistats per pacients, per centre ... Crec que no és necessari disposar d'un altre protocol, hem d'avaluar a partir de les dades obtingudes i aplicar plans de millora de resultats si no assolim l'objectiu que ens hem marcat. En el meu cas, a més de les metes que marca l'EQA, tenim els indicadors de la ruta de la DM2 del territori.

ECP finals segons la sessió de treball del PPAC i el Servei d'Educació Sanitària i Programes de Salut

PROPOSTA 1: INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS

Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre DM2 definides i implantades.

Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent) entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de DM2.

PROPOSTA 2: EDUCACIÓ SANITÀRIA COMPLETA I D'EFFECTIVITAT AVALUADA

Tot i que tots els professionals han d'estar capacitats per a la gestió bàsica de la diabetis 2, els EAP han de tenir un infermer/a i un metge/essa referents d'aquest problema de salut.

PROPOSTA 3: CONTROL DELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULARS

Els pacients diabètics han d'abandonar el tabac.

Els pacients diabètics han de tenir la TA ben controlada segons els criteris de la GPC de referència al territori.

Les RA dels territoris han de fer constar els criteris de bon control de l'Hb glicosilada des d'una visió individualitzada.

PROPOSTA 4: IDENTIFICACIÓ PRECOÇ I ACURADA DE LES COMPLICACIONS EN GENERAL

Els territoris han de disposar d'accés a càmeres no midriàtiques amb dades adequades de cobertura i gestió d'aquest servei.

Els territoris han de tenir circuits de referència d'atenció al peu diabètic, expressats en la ruta assistencial.

Cal assegurar que les pacients diabètiques en edat fèrtil tinguin un bon control metabòlic en el moment de quedar embarassades.

PROPOSTA 5: HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA

Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades actualitzades sobre resultats analítics, pautes terapèutiques i complicacions (fons d'ull, microalbuminúria i control de peus).

Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

PROPOSTA 6: ACCÉS AL MATERIAL D'AUTOCURA I AUTOCONTROL

Els EAP han de disposar d'una dotació pactada de tires reactives, ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença.

Les GPC o les rutes assistencials han d'esmentar els criteris d'ús de tires reactives ajustats a la millor evidència disponible.

PROPOSTA 7: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

Atesa la seva capacitat de reduir la morbiditat/mortalitat associada a la diabetis mellitus 2, cal millorar l'adequació i la seguretat associada a l'ús dels medicaments antidiabètics, antihipertensius i hipolipemians, d'acord amb la GPC de referència al territori.

Insuficiència cardíaca

ECP detectat en circulacions 1 i 2

En gris, els vots obtinguts en circulació 1, i en vermell, en circulació 2. En verd hi ha els ECP que passen a circulació 3.

Cribratge sistemàtic mitjançant BNP																						
Accés a estudis etiològics / de precisió etiològica																						
Accés a tècniques diagnòstiques i terapèutiques avançades																						
Accés àgil a ecografia des de tots els nivells																						
Accés àgil a ECG des de tots els nivells																						
Estratificar pacients i actuar segons el grau de risc																						
Promoure l'autocura dels pacients																						
Autocontrols de pes																						
Generalitzar l'ús de la <i>self scale</i>																						
Educació sanitària efectiva i avaluada																						
Ús correcte de fàrmacs segons els criteris de la GPC de referència																						
Potenciar la fisioteràpia i mesures no farmacològiques																						
Bon control de comorbilitats																						
Bon control de factors de risc associats o relacionats																						
Bon control de factors de risc en IC																						
Ús de TAO en FA																						
Vacuna antigripal en IC																						
Millorar l'atenció a l'IC terminal																						
Promoure controls analítics periòdics																						
Integració clínica i coordinació entre dispositius assistencials																						
Promoure consultes no presencials i telemedicina																						
Disposar de cardiòlegs que visitin a l'atenció primària																						

Crear unitats específiques d'IC																			
Promoure alternatives a l'ingrés davant de descompensacions																			
Promoure línies de comunicació àgils entre nivells																			
Controls periòdics per infermeria especialment capacitada																			
Disposar d'una HCCC amb informació rellevant																			
Instaurar l'atenció proactiva després d'un ingrés																			
Fer una bona difusió dels models assistencials																			
Accés a l'avaluació de resultats de gestió simple i àgil																			
Assegurar la revisió, la conciliació i l'adherència a tractaments																			
Reduir la morbimortalitat																			

Valoracions a les recomanacions realitzades sobre els ECP prioritzats

En verd hi ha les recomanacions que passen a circulació 4.

PROPOSTA 1: INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els territoris han de tenir rutes assistencials sobre IC definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								3		9

RECOMANACIÓ 1.2: **Tots els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats d'IC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1	1	1	2	1	6

PROPOSTA 2: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 2.1: **Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada d'IECA**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1		3	7

RECOMANACIÓ 2.2: **Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada de betabloquidors.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									4	7

PROPOSTA 3: DISPOSAR DE LA HCCC AMB INFORMACIÓ RELLEVANT

RECOMANACIÓ 3.1: **Tots els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2		10

RECOMANACIÓ 3.2: **Tots els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								4	2	6

PROPOSTA 4: EDUCACIÓ SANITÀRIA EFECTIVA I AVALUADA

RECOMANACIÓ 4.1: Tots els EAP han de disposar d'activitats avaluades d'educació grupal per a pacients amb IC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1					1	3		1	2	5

RECOMANACIÓ 2.2: Tots els EAP han de disposar de serveis avaluats de pacient expert en IC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1			1		1	2	1	1	2	3

PROPOSTA 5: PROMOURE L'AUTOCURA DELS PACIENTS

RECOMANACIÓ 5.1: Tots els EAP han de tenir un protocol avaluat anualment d'autocura del pacient amb IC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	1	6

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 1

Caldria desenvolupar i definir una mica més el tema de la ruta assistencial. En el punt 2: ha d'haver-hi una comunicació, però caldria assegurar que és bidireccional, útil, avaluar accions que se'n derivin, etc.

Altres formes alternatives a la consulta cardiològica presencial diferents del correu electrònic:

1. Consultoria cardiològica amb els EAP. Objectiu: discutir casos, valorar necessitat de derivació, actualització de coneixements.

2. Consulta cardiològica virtual mitjançant *agenda virtual*. Es gestiona la informació a través de la història clínica. Es poden sol·licitar exploracions.

D'implementar-se aquests mecanismes, el correu electrònic pot quedar com una alternativa més residual, aportant accessibilitat, però no pot ser l'única alternativa a la consulta cardiològica presencial perquè genera una càrrega de treball considerable, difícil de reflectir.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 2

Entenent per «prescripció adequada» dosis màximes tolerades en l'absència de contraindicacions.

D'acord a les GPC 2012, en pacients CF II o més s'ha de considerar també una prescripció adequada d'antagonistes del receptor mineralocorticoidal (espironolactona/eplerenona).

D'acord a les GPC 2012, en pacients amb disfunció sistòlica severa, si tot i donar les dosis màximes tolerades de BB, el pacient està en ritme sinusal i persisteix amb una FC > 70lpm, s'ha de considerar l'associació d'ivabradina.

En pacients amb IRC i FGE <30 ml/min, el que contraindica la utilització d'inhibidors del SRAA, s'ha de considerar la prescripció d'hidralazina i nitrats fins dosis màximes tolerades.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 3

A la HCCC ha de constar també:

1. La classe funcional ja que les mesures terapèutiques varien segons la mateixa.
 2. La freqüència cardíaca i la TA. Preferiblement a partir del monitoratge realitzat per infermeria.
 3. El ritme cardíac i la presència de blocatges de branca.
 4. Pacients portadors de dispositius, amb descripció del tipus.
- Amb vista a l'avaluació: tots els ECP haurien de tenir variables operatives identificables en la HCCC.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 4

Cal demostrar si aquestes varietats educatives són eficients i eficaces. Crec que el que cal és que el pacient i cuidador rebin educació i que cada territori decideixi les modalitats segons lideratges locals. Caldria entrenament en entrevista motivacional.

Aquesta activitat ja es realitza a les unitats d'insuficiència cardíaca, on estan els pacients que més es beneficien d'aquesta informació i, per tant, és més efectiva.

Els equips d'atenció primària haurien de treballar millorant la prevenció i maneig dels factors de risc per desenvolupar insuficiència cardíaca, especialment HTA i diabetis mellitus; mitjançant activitats avaluades.

Penso que el Programa pacient expert ha de considerar-se com un recurs més en l'abordatge del pacient amb IC. Segons territori, característiques de la població,... potser no és factible o eficient desenvolupar grups de PPE.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 5

Tots els professionals que tracten pacients amb insuficiència cardíaca, independentment del nivell assistencial, han de reforçar aquest aspecte.

No cal tant protocol. El protocol hauria de ser la Guia de pràctica clínica.

Valoració dels experts després de circulació 4

En verd hi ha les recomanacions que finalment queden establertes pels experts.

PROPOSTA 1: INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els territoris han de tenir rutes assistencials sobre IC definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								3		10

RECOMANACIÓ 1.2: **Tots els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats d'IC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1	1	1	3	1	6

PROPOSTA 2: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 2.1: **Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada d'IECA.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1		3	8

RECOMANACIÓ 2.2 **Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada de betablocadors.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									4	8

PROPOSTA 3: DISPOSAR D'HCCC AMB INFORMACIÓ RELLEVANT

RECOMANACIÓ 3.1: **Tots els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2		11

RECOMANACIÓ 3.2: **Tots els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

								4	2	7
--	--	--	--	--	--	--	--	----------	----------	----------

PROPOSTA 4: EDUCACIÓ SANITÀRIA EFECTIVA I AVALUADA

RECOMANACIÓ 4.1: Tots els EAP han de disposar d'activitats avaluades d'educació grupal per a pacients amb IC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	1		4	1	3

RECOMANACIÓ 2.2: Tots els EAP han de disposar de serveis avaluats de pacient expert en IC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			2	4	1		1	2	1	2

PROPOSTA 5: PROMOURE L'AUTOCURA DELS PACIENTS

RECOMANACIÓ 5.1: Tots els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient amb IC amb avaluació anual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	1	7

RECOMANACIÓ 5.2: Tots els EAP han de tenir cura periòdica del seu pes i, en cas que aquest augmenti més enllà dels paràmetres pactats, avisar el professional referent.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								5	1	6

Comentaris finals dels experts

1) Se suposa que en la darrera pregunta volen dir: «Tots els pacients han de tenir cura periòdica...» i no «Tots els EAP...».

2) Tots els EAP han de disposar d'hores d'infermeria per a dur a terme activitats d'educació en IC per als pacients i aquesta educació ha d'estar avaluada. No necessàriament aquesta educació ha de ser grupal. De fet, almenys parcialment, ha de ser individualitzada «*face to face*» i no necessàriament ha de ser a través del pacient expert. Aquestes dues opcions recollides en les preguntes «**Tots els EAP han de disposar d'activitats avaluades d'educació grupal per a pacients amb IC**» i «**Tots els EAP han de disposar de serveis avaluats de pacient expert en IC**», mai poden substituir l'educació individualitzada cara a cara. Poden complementar-la, però l'educació del pacient no s'ha de basar de forma exclusiva en elles.

3) Els territoris han de tenir mecanismes de comunicació, però no necessàriament ha de ser via missatgeria electrònica.

Comento el mateix de l'altra vegada, el pes és només un element dels molts que componen el concepte de l'autocura. Evidentment és un dels més importants.

El darrer nou ítem, en certa manera, té en compte els dos ítems que han «caigut».

Dins dels objectius d'educació sanitària grupal i de la realització de grups de pacient expert, s'inclouria l'educació sanitària sobre el maneig del règim flexible de diürètics o, segons perfil de pacients, simplement identificant dels signes d'alarma i sabent quan ha de contactar amb el seu equip sanitari.

Per motius d'eficiència es podria calcular el nombre de pacients amb IC tributaris d'educació grupal i programes de pacient expert en cada EAP i aglutinar-los.

Protocolització de la visita d'infermeria d'AP en els pacients amb IC, així com la constitució de grups de pacients o de familiars de pacients.

En les modalitats educatives, tot i que l'educació grupal o el pacient expert poden ser valuosos, cal primer demostrar que milloren autocura abans d'implantar-se. Conec bé les experiències educatives al respecte i hi ha moltes llacunes.

ECP finals segons la sessió de treball del PPAC**PROPOSTA 1:****INTEGRACIÓ FUNCIONAL / COORDINACIÓ DELS EQUIPS ASSISTENCIALS**

Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre IC definides i implantades.

Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent/alternatiu) entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats d'IC.

PROPOSTA 2:**ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA**

Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada d'IECA.

Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada de betablocadors.

PROPOSTA 3:**HCCC AMB INFORMACIÓ RELLEVANT**

Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques.

Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

PROPOSTA 5:**PROMOCIÓ DE L'AUTOCURA DELS PACIENTS**

Els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient amb IC que, com a mínim, inclogui l'autocontrol del pes i les actuacions que se'n derivin de desviacions ponderals; hauria de tenir una avaluació anual.

Promoure espais de trobada amb AP-SM per a la gestió de casos									
Circuits de derivació preferent en risc de suïcidi									
Rutes assistencials de coordinació AP - salut mental amb criteris de derivació segons la severitat i garantia d'atenció									
Confirmar les remissions i els controls postalta									
Assegurar tractaments de manteniment mitjançant recepta electrònica									
Formació en el pregrau									
Formació a professionals d'AP									

Valoracions a les recomanacions sobre els ECP prioritzats

En verd hi ha les recomanacions que passen a circulació 4.

PROPOSTA 1: ASSEGURAR LA QUALITAT DIAGNÒSTICA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els professionals de tots els nivells han de tenir uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2	2	12

RECOMANACIÓ 1.2: **La prevalença de depressió detectada pels EAP s'ha d'ajustar a l'esperada < escala poblacional.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					4	1	3	1	3	5

PROPOSTA 2: RUTES ASSISTENCIALS DE COORDINACIÓ AP - SALUT MENTAL AMB CRITERIS DE DERIVACIÓ SEGONS LA SEVERITAT I GARANTIA D'ATENCIÓ

RECOMANACIÓ 2.1: **Tots els territoris han de tenir rutes assistencials sobre depressió definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	2		14

RECOMANACIÓ 2.2: **La qualitat de la interconsulta preferent i urgent ha de reflectir-se a la ruta assistencial i ha d'estar avaluada, tant pel que fa a la derivació com al retorn.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		3	4	9

RECOMANACIÓ 2.3: **Tots els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre els professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de depressió.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1	2	3	1	3	7

PROPOSTA 3: ASSEGURAR L'EXPLORACIÓ INICIAL I CONTINUADA DEL RISC DE SUÏCIDI

RECOMANACIÓ 3.1: **Les rutes assistencials i les GPC de referència han de fer esment de la sistemàtica d'exploració del risc de suïcidi.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	4	11

RECOMANACIÓ 3.2: **El diagnòstic de depressió i l'exploració del risc de suïcidi ha de disposar d'un espai específic en la història clínica del pacient. Aquest espai ha d'estar emplenat i ser accessible a la HCCC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1		2	5	3	5

PROPOSTA 4: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 4.1: **La prescripció de fàrmacs no recomanats no ha d'ultrapassar els criteris de referència.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	1		1	5	6

RECOMANACIÓ 4.2: **Tots els equips assistencials han de pactar una GPC de referència i la prescripció de fàrmacs ha de ser coherent amb les recomanacions de la guia.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		1	6	8

PROPOSTA 5: INFORMACIÓ I EDUCACIÓ SANITÀRIA AL PACIENT AMB ESTRATÈGIES D'AUTOCURA I DE GESTIÓ D'EXPECTATIVES

RECOMANACIÓ 5.1: **Tots els equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria que proveeixi educació sanitària al pacient amb depressió.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			1			1	1	1		11

RECOMANACIÓ 5.2: **Tots els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient amb depressió, amb avaluació anual.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					2	3	1	2	1	6

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 1

Crec que no em queda clara la proposta!!! Si hi ha un bon diagnòstic això és factible.

La prevalença està condicionada per altres factors externs que s'han de tenir en compte.

Si parlem de territori i en un funcionament integrat dels recursos de la mateixa, els criteris diagnòstics han de ser els mateixos.

Així mateix, l'atenció primària ha de tenir en consideració, per la seva població detectada, totes aquelles persones, en les que la seva conducta i/o atenció siguin susceptibles de tenir causa depressiva: hiperfreqüentadors, atenció a altres nivells (reumatologia, digestiu, etc.).

Per resumir, l'EAP ha de tenir en compte, en la detecció aquelles persones de les que en poden tenir coneixement i estar infradiagnosticades.

La major part dels pacients depressius tenen comorbidityats mèdiques importants i el GP acostuma a prioritzar aquests diagnòstics, interpretant la simptomatologia depressiva com a reactiva «compresible».

Entenem que allò important serà analitzar, les possibles causes de les diferències trobades en relació a la prevalença.

Proposta de nova recomanació. 1.3. Els pacients amb altres malalties cròniques (diabetis, ICC...) han de comptar amb un cribratge anual de depressió fet (dues preguntes).

És important que els EAP i l'atenció especialitzada puguin compatir història clínica i registre.

1.1. Està bé això dels criteris i procediments comuns, però no s'han de limitar al *checklist* del DSM-IV o similars. Cal remarcar que diagnosticar depressió no consisteix simplement a fer un recompte de símptomes. Cal avaluar l'impacte funcional, el context, la interpretació que en fa el propi pacient, etc.

Crec que no tot pacient que compleix els criteris diagnòstics estandarditzats de depressió major té una depressió clínicament rellevant, que necessiti una intervenció terapèutica. Molts dels casos de depressió major «no detectats» pel metge són casos de depressió major de caràcter lleu, on no estan clars els beneficis d'una intervenció, ni tan sols els beneficis de la pròpia detecció. Per tant, en els casos on no s'hi ha de fer res, potser no està tant malament no diagnosticar-los i així prevenim el sobretractament.

Introduir un element de qualitat diagnòstica.

Estudis en el nostre entorn han demostrat l'existència, tant de falsos positius en el registre (H^aCAP), com falsos negatius en el diagnòstic. (*Fernandez et al, General Hospital Psychiatry 32, 2010*)

Cal remarcar que diagnosticar depressió no consisteix simplement en fer un recompte de símptomes. Cal avaluar l'impacte funcional, el context, la interpretació que en fa el propi pacient del seu propi patiment. És per això que és tan important la perspectiva de la fenomenologia de la malaltia.

De fet, quan parlem de depressió estem parlant d'una síndrome. És important, per tant, que utilitzant el mateix sistema de classificació (sigui CIM-9, CIM-10 o DSM), intentem acotar quins són els codis diagnòstics que considerem dintre del concepte de depressió. És a dir, estem parlant de depressió major, de distímia, de trastorn adaptatiu depressiu, de dols...?

Tot i intentant acotar el tema, el ventall de prevalences és gran.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 2

En el cas de la interconsulta urgent o preferent, sí que cal una avaluació per tal d'evitar un ús «espúreo» de la mateixa que pot generar friccions i mals entesos entre xarxes, professionals, etc.

Si ho avaluem, és un punt de millora que facilita la comunicació entre nivells, xarxes i professionals.

Per experiències anteriors la missatgeria, de vegades, té contradiccions/friccions amb aspectes confidencials o de privacitat. Cal delimitar molt bé la identificació de pacients i de la transmissió de la informació.

En alguns territoris estem a punt d'obrir un contacte tipus *open meeting* entre EAPs i SM, com una videoconferència, amb dia i hores concertades entre cada EAP i el CSMA de referència.

Possibilita una relació més professional i pot incorporar pràctiques comunes i pedagògiques (de formació continuada) entre nivells (i no és car).

L'avaluació seria ideal, però encara som lluny d'aconseguir-ho. Si aconseguíssim una derivació ràpida i eficaç per al risc de suïcidi podríem estar satisfets.

S'ha de facilitar que la història clínica integri el cribratge.

No solament s'ha de garantir la qualitat de la interconsulta preferent i urgent, sinó també de la interconsulta/derivació ordinària.

Els criteris d'interconsulta urgent i/o preferent han d'estar ben definits i avaluats pels agents implicats. I potenciar la història clínica compartida.

No sé molt bé a què es refereixen amb «qualitat de la interconsulta», és clau definir el concepte.

Caldrà definir «operacionalment» els termes preferent/urgent. Sovint aquesta categorització depèn de criteris subjectius i no objectius. És a dir: categorització objectiva d'urgent/preferent; ruta assistencial ajustada a aquesta categorització.

Caldrà definir i articular, dins un marc interprofessional, les intervencions i competències a realitzar per equipaments i estaments professionals; tot tenint en compte el grau de gravetat.

Identificar clarament els referents dels equips que actuen com interlocutors i garantir entre ells un sistema de comunicació àgil i segur.

En els territoris on sigui possible s'ha de fomentar la implementació de les primeres visites a la pròpia ABS.

L'ideal cap on hauríem de tendir és a l'HCCC, que asseguraria la confidencialitat de les dades.

Facilitar comunicació àgil i ràpida en els casos de risc de suïcidi i gravetat clínica. La missatgeria electrònica no sempre és el mitjà més eficaç.

Proposta de nou ECP: 2.4. Les rutes assistencials inclouen les indicacions de psicoteràpies basades en l'evidència que recomanen les guies per depressió lleu, moderada o greu.

Cal potenciar la història clínica compartida.

Els problemes relacionats amb la confidencialitat són una limitació important en aquests moments. La HCCC pot ajudar, però molts CSMA encara no estan connectats; finalitzar aquest procés és una prioritat.

Recomanació 2.3: Garantir un temps màxim per resposta.

Pot haver-hi altres sistemes més moderns que els *mails*. Es poden crear agendes de pacients que es visiten virtualment, en aquelles zones on els programes informàtics siguin visibles entre ells (com ECAP i SAP). Així, de pas seria més fàcil explotar les dades, i la informació quedaria registrada en la història clínica.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 3

Quant a la recomanació 2.3 cal assegurar-se que se salvaguarda estrictament la confidencialitat del que es parla entre metge i pacient, especialment en un tema tan sensible com és el risc de suïcidi.

És clau esmentar el rol del psicòleg clínic, com a professional de primer ordre en aspectes de diagnòstic de depressió, valoració del risc suïcida i primeres indicacions de tractament (segons les guies de pràctica clínica) tant si es fa a l'atenció primària com si es deriva (segons la complexitat, antecedents i altres) al Centre de Salut Mental.

Cal tenir en compte que en els centres d'atenció primària hi ha psicòlegs clínics desplegats. Ens els darrers anys s'han anat incorporant paulatinament a través dels programes de suport. És previsible que, en un futur, augmenti la seva presència, tal i com referíem en el document 1.

En l'exploració inicial i en la valoració del risc suïcida, la psicologia clínica té un paper fonamental (gestió de casos, trajectòria clínica, indicació pel tractament, assessorament dels equips de l'atenció primària).

La meua recomanació seria que si es valora un alt risc de suïcidi, existís un circuit «urgent», a definir a cada territori.

L'exploració del risc és necessària a tots els nivells assistencials. També a urgències.

El risc de suïcidi s'ha de tenir en consideració, i sobretot, detectar aquelles persones amb risc significatiu i, segurament, aquelles persones en què el risc és un aspecte manipulatiu i per al que cal un maneig que no alimenti la continuïtat de la conducta, o que l'intervenció sanitària no faciliti o provoqui més intensitat d'ideació suïcida. Cal formació, doncs, per a aquest maneig.

Ha de ser compatible i complementària la interconsulta presencial i la interconsulta via correu electrònic.

Protocol o circuit de derivació efectiu a cada territori, inclòs a la ruta assistencial.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 4

És prioritari tenir en compte les recomanacions de prescripció farmacèutica en qualsevol guia clínica que es consensui, i el compromís per part de tots que s'acompleixi. Seria bo que les recomanacions del CANM poguessin estar disponibles a l'APS i a l'atenció especialitzada.

El consens en una guia farmacoterapèutica i l'adherència a la mateixa ajudaria.

És essencial fer referència al tractament psicològic. Per diverses raons:

- a) En els centres d'atenció primària hi ha psicòlegs clínics desplegats. En els darrers anys s'han anat incorporant paulatinament a través dels programes de suport. És previsible que en un futur augmenti la seva presència, tal i com referíem en el document 1.
- b) Segons les guies de pràctica clínica (esmentades al document 1), el tractament psicològic és un tractament de primera elecció per a la depressió.
- c) El tractament psicològic en les fases inicials de la depressió minimitza el risc de la cronicitat.
- d) El tractament psicològic ha demostrat eficàcia en la prevenció de recaigudes i el manteniment dels guanys (que finalment acaba essent, en nivell de severitat moderada, la principal diferència en relació als tractaments farmacològics).

En resum proposem un punt específic per al tractament psicològic.

4.3. La prescripció de combinacions d'antidepressius no recomanats en les guies no ha d'ultrapassar els criteris de referència.

Les GPC per als territoris pactats haurien de ser avaluades cada 2 anys i aprovades pels diferents proveïdors.

Pel que fa a la recomanació 4.1: no tinc clar si els fàrmacs no recomanats, ho són en funció de què: novetats, *off label*,... ja que el CSMA hauria de tenir la possibilitat de tractar de forma diferent (o utilitzar estratègies medicamentoses) a les persones refractàries a les pautes instaurades.

En termes generals estic d'acord amb aquesta recomanació, però és important que aquest criteri pugui adequar-se al nivell de complexitat del pacient tractat a cada dispositiu. És important evitar limitar les opcions terapèutiques en pacients especialment resistents, fràgils o complexos, i s'ha d'assegurar que hi hagi possibilitat de que el clínic pugui fer prevaldre la seva opinió o experiència malgrat no coincideixi amb la de les GPC.

Atenció! Alguns fàrmacs no són recomanats com a primera elecció, però sí com a fàrmacs de segona línia. Com més estrictes es vol ser en el compliment de les recomanacions de les GPC més probabilitats hi ha d'emprar un fàrmac de segona línia, p. ex. venlafaxina, mirtazapina, bupropi... i això puntua malament en l'EQPF (ICS).

D'altra banda hi ha fàrmacs no recomanats en primera instància, ex: escitalopram, més per criteris d'eficiència (cost) que d'efectivitat clínica.

Evitar la medicalització innecessària, la sobreprescripció. Els psicofàrmacs no són l'única opció terapèutica, cal complementar la cartera amb intervencions psicològiques i psicoeducatives.

Malgrat que la teoria ens diu que hem de fer servir els psicofàrmacs amb la seva indicació a fitxa tècnica i que l'ús de polifarmàcia (antipsicòtica, antidepressiva, etc.) no és recomanable; la realitat ens mostra que prescrivim força tractaments *off-label* i que combinem fàrmacs de manera poc ortodoxa.

Encara que s'està treballant en aquesta línia, hem de continuar fent esforços per acostar les recomanacions de les guies clíniques a la realitat assistencial en matèria de prescripció de psicofàrmacs.

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions: proposta 5

El paper d'infermeria en programes de suport, motivació, educació d'hàbits, relaxació, consell, etc., en temes de depressió és fonamental en el context d'atenció primària. De fet, moltes ja ho estan fent, però no de manera estructurada i reconeguda.

Encara que l'infermer/a de salut mental del programa de suport a primària i la referent d'infermeria de SM de l'ABS han de liderar aquest tema, des del meu punt de vista i donada l'alta prevalença del problema, no han d'assumir tota aquesta activitat assistencial. El seu paper és implicar i formar a la resta d'infermeria.

De tota manera crec que estaria bé promoure a nivell SAP o més amunt, activitats formatives per a infermeria en tècniques concretes d'abordatge del pacient depressiu.

És funció de tot infermer/a dels EAP fer suport educatiu i emocional als pacients amb depressió que té sota la seva responsabilitat, de la mateixa manera que té responsabilitat vers el pacient amb DM, HTA o DL. Hem de trencar la barrera que separa allò *somàtic* d'allò *psíquic*, en el context de la primària l'atenció ha de ser integral. Per altra banda, el pacient que té una depressió també pot tenir altres patologies, que cal abordar des d'aquesta perspectiva més global.

Per fer l'avaluació de la seva activitat assistencial (foment adherència AD, psicoeducació, escolta activa, etc.) cal que l'infermer/a utilitzi els diagnòstics NANDA i els NIC i –intervencions infermeres– els NOC –objectius infermers– relacionats amb el diagnòstic depressió.

Les tasques de suport emocional s'han de delegar en una únic infermer/a de l'equip. A més, aquesta activitat ha d'estar integrada amb l'atenció global al pacient, p. ex. en tota la seva comorbiditat.

5.2. És raonable fomentar l'autocura dels pacients amb depressió, però no entenc això del protocol. El que cal és que els professionals tinguin formació i materials de suport per dur a terme aquesta activitat en el context del pla terapèutic. Per què es parla d'avaluació anual solament en aquest ítem i no en la resta?

Recomanació 5.1: Tots els equips assistencials han de disposar de mecanismes que garanteixin l'educació sanitària al pacient amb depressió.

Cal definir a què es refereix amb «estratègies d'autocura».

En el context del tractament psicològic, un àmbit de la intervenció és la modificació de conductes disfuncionals, derivades de l'estat d'ànim depressiu i mantenidores dels símptomes i de les dificultats d'adaptació familiar-social que se'n deriven, entre les quals hi ha els hàbits d'autocura. És un aspecte important però petit de tot el tractament de modificació de conductes i cognicions que cal fer.

En nivells de severitat lleu de la depressió pot tenir alguna utilitat l'educació sanitària, però en absolut és l'estratègia més important en episodis depressius entre moderats i greus i, en cap cas, es descriu que aquest sigui un ingredient actiu dels tractaments.

Novament, trobem a faltar en totes les propostes la referència inicial a la cronicitat (és clau incloure: recaigudes, recurrències, distímia, entre d'altres, donat que representa l'indicador de l'estudi).

Incidir en intervencions grupals psicoeducatives.

Valoració dels experts després de circulació 4

En verd hi ha les recomanacions que finalment queden establertes pels experts. Queden inclosos en el llistat els ítems inclosos de nou en la quarta ronda.

PROPOSTA 1: ASSEGURAR LA QUALITAT DIAGNÒSTICA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

RECOMANACIÓ 1.1: **Els professionals de tots els nivells han de tenir uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2	2	13

RECOMANACIÓ 1.2: **La prevalença de depressió detectada pels EAP s'ha d'ajustar a la prevalença esperada a escala poblacional.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	4	5	2	1	1

RECOMANACIÓ 1.3: **Als pacients amb malalties cròniques (diabetis, IC, MPOC, etc.) se'ls ha d'aplicar un cribatge de depressió, amb avaluació anual.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1					2	2	1	7	1	2

PROPOSTA 2: RUTES ASSISTENCIALS DE COORDINACIÓ AP - SALUT MENTAL AMB CRITERIS DE DERIVACIÓ SEGONS LA SEVERITAT I LA GARANTIA D'ATENCIÓ

RECOMANACIÓ 2.1: **Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre depressió definides i implantades.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	2	1	14

RECOMANACIÓ 2.2: **La qualitat de la interconsulta preferent i urgent ha de reflectir-se en la ruta assistencial i ha d'estar avaluada, tant pel que fa a la derivació com al retorn.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		3	5	9

RECOMANACIÓ 2.3: **Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de depressió.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1	2	3	1	3	8

RECOMANACIÓ 2.4: Els equips assistencials han de tenir accés a tractament psicològic a càrrec de psicòlegs clínics.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1			3	2	9

RECOMANACIÓ 2.5: Les rutes assistencials han d'incloure les indicacions i els circuits territorials d'accés a tractaments psicològics basats en l'evidència.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1		2	3	2	9

RECOMANACIÓ 2.6: Tots els equips assistencials han de tenir accés a activitats grupals psicoeducatives.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2					1	1	1	3	2	5

PROPOSTA 3: ASSEGURAR L'EXPLORACIÓ INICIAL I CONTINUADA DEL RISC DE SUÏCIDI

RECOMANACIÓ 3.1: Les rutes assistencials i les GPC de referència han de tenir present el sistema d'exploració del risc de suïcidi.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	5	11

RECOMANACIÓ 3.2: El diagnòstic de depressió i l'exploració del risc de suïcidi han de disposar d'un espai específic a la història clínica del pacient. Aquest espai ha d'estar emplenat i ser accessible a la HCCC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1		2	5	4	5

PROPOSTA 4: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 4.1: La prescripció de fàrmacs no recomanats no ha d'ultrapassar els criteris de referència.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					3	1		1	5	7

RECOMANACIÓ 4.2: Els equips han de pactar una GPC de referència i la prescripció de fàrmacs ha de ser coherent amb les recomanacions de la guia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1		1	6	9

RECOMANACIÓ 4.3: La prescripció de combinacions d'antidepressius no recomanats no ha d'ultrapassar els criteris de referència.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					4	1	2		9	4

PROPOSTA 5: INFORMACIÓ I EDUCACIÓ SANITÀRIA AL PACIENT AMB ESTRATÈGIES D'AUTOCURA I DE GESTIÓ D'EXPECTATIVES

RECOMANACIÓ 5.1: Tots les equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria que proveeixi d'educació sanitària el pacient amb depressió.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			1			1	1	1	1	11

RECOMANACIÓ 5.2: Tots els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient amb depressió, amb avaluació anual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						2	4	5	3	1

Comentaris finals dels experts

Recomanació 2.4 i 2.6: el criteri essencial són les intervencions psicològiques, no únicament la psicoteràpia feta per especialistes.

Sovint intervencions de suport psicològic, intervencions breus, consell, o l'aplicació de tècniques estructurades concretes (com per exemple, resolució de problemes o tècniques de relaxació) poden ser aplicades per personal format, tot i que no siguin especialistes.

D'altra banda, cal garantir si més no una valoració especialitzada del psicòleg dels casos diagnosticats lleus, atesos per professionals d'infermeria amb tècniques grupals. És important evitar el risc de cronificació i garantir un bon diagnòstic (distímia, fibromiàlgia, dolor crònic...).

Respecte als fàrmacs, la recomanació hauria d'anar dirigida a garantir-ne l'adequació, i monitorar l'evolució i seguiment dels pacients. No és tan sols un tema de combinació d'AD, abans de combinar cal potenciar, prescriure la dosi terapèutica adequada. D'altra banda, la combinació en casos resistents o greus es pot fer amb combinació d'AD amb antipsicòtics. L'aspecte més rellevant del procés, en el cas de resposta parcial o d'efectes adversos, ha de ser objecte d'interconsulta amb el psiquiatre.

Recomanació 1.2: Els criteris i estàndards de prevalença s'haurien d'ajustar segons dades epidemiològiques i en funció dels registres de casuística que es detectin en població diagnosticada segons criteri. Si no hi ha mecanismes de detecció precoç, campanyes informatives a nivell poblacional, o sigui un programa que de manera proactiva realitzi aquestes accions, no es pot formular en termes epidemiològics genèrics. Quan s'hauria d'ajustar? Una desviació estàndard per sota de la mitjana de prevalença podria ser una opció. Possiblement seria millor un increment de la incidència tractada de depressió per any en l'atenció primària de salut.

Recomanació 1.3: A banda del cribratge a l'AP, els serveis mèdics especialitzats, ja proporcionen casos a ser sotmesos a l'avaluació i criteri per part de professionals en SM.

Recomanacions 2.2: Els criteris han de quedar ben establerts, de cara a fer les derivacions de manera rigorosa i adient. Seria recomanable establir criteris fiables i clars per a la derivació d'interconsulta «preferent i urgent», i quins són els mecanismes de *feedback*, perquè en cas de no fer-se podria suposar una font de conflictes entre l'AP i la Salut Mental. Els criteris d'urgència no es poden establir en base a la pressió assistencial sinó en base a la gravetat i urgència del cas.

Recomanació 2.4 i 2.5: veure delphis 1 els comentaris específics al tractament psicològic que adjunto (*).

Recomanació 2.6: Hauran de comptar, per a la seva implementació, la seva inclusió en programes d'atenció a la depressió concrets i definits en cada unitat assistencial i sempre en coordinació amb els equips de salut mental. A més, els possibles candidats/ates a seguir activitats grupals també haurien de seguir un cribratge o tria segons altres variables, a banda de complir el criteri del clínic, per establir entitat diagnòstica i tipus de depressió.

Recomanació 3.2: La salut mental en general ha de tenir un espai important a la història clínica i en HCCC, cal tenir cura de no posar únicament la depressió i el suïcidi, perquè es poden ometre aspectes importants. Alhora que seria clau evitar la segmentació.

5.1 i 5.2. Tot i que el personal d'infermeria pot fer una tasca psicoeducativa i d'autocura, els continguts a transmetre als pacients, així com la implementació de programes específics haurien de ser sotmesos a la supervisió i criteri per part dels equips de salut mental.

(* Tractament psicològic comentaris recollits delphi 1.)

Focalitzant-nos en el tractament psicològic de la depressió.

1. La millor referència és la NICE: National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE National Clinical Practice Guideline Number 23. Depression: management of depression in primary and secondary care: London, 2004. Disponible a: http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=9DA92896-1143-DFD0-7EC5-4FF9E21C5D71&ext=pdf.
2. APA http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.
3. Guies de pràctica clínica nacionals (Catalunya i Estat espanyol):

L'adaptació del model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre maneig de la depressió major en l'adult, publicada el 2010 (disponible a:

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010_ca.pdf), que és una adaptació de la Guia nacional para el tratamiento de la depresión (AVALIA-T, disponible a http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf), té punts susceptibles de millora pel que fa al tractament de la depressió. Per una part, es troba a faltar, un important factor per l'elecció del tractament: la preferència de l'usuari. La recomanació d'escoltar les preferències de l'usuari a l'hora d'instaurar el tractament per la depressió es troba reiteradament a la guia NICE però no en la guia adaptada ni en l'AVALIA-T. A més, malgrat que l'adaptació del model sanitari català de la guia de pràctica clínica millora notablement l'abordatge del paper dels tractaments psicològics –en comparació amb l'original en castellà (AVALIA-T), que sembla més farmacològicament orientat– hi ha mancances respecte a les orientacions de la NICE. No queda prou ben reflectida la igualtat d'efectivitat dels tractaments psicològics i farmacològics. Mentre a la guia NICE trobem que el nivell de recomanació d'ambdós abordatges és de tipus B, a la guia AVALIA-T (i a la posterior adaptació catalana) trobem qualificat de nivell A el tractament farmacològic. Finalment, en la GPC adaptada ni en l'AVALIA-T no queda prou clar que l'especialista en tractament psicològic és el psicòleg clínic.

Les dades d'evidència, poques, obtenen suport per a l'eficàcia superior, de manera significativa, al tractament combinat, molt superior al tractament en monoteràpia, ja sigui psicològica o farmacològica.

Actualment la teràpia cognitiva conductual (TCC) és la que ha presentat un major volum d'evidència empírica respecte a la seva efectivitat en el tractament de la depressió. Per aquesta raó, és presentada com el tractament psicològic d'elecció per a la depressió. Això no implica, però, que altres tractaments psicològics estiguin aportant, recentment, proves sobre la seva efectivitat en el tractament de la depressió: com la teràpia interpersonal i les psicoteràpies psicodinàmiques breus, o familiars i de parella.

Des de la TCC és planteja la següent reflexió en relació a l'eficàcia del tractament psicològic en la depressió, com elements claus pel procés en la dimensió clínica: L'eficàcia terapèutica està relacionada amb la consecució que la persona afectada s'impliqui activament en el tractament destinat a «anviar conductes».

El tractament psicològic ha de centrar-se específicament en les conductes desadaptades (principalment en l'estil d'enfocament dels problemes i en el funcionament).

L'objectiu terapèutic és ensenyar el pacient estratègies d'afrontament o maneig de les repercussions dels seus símptomes afectius.

Els tractaments psicològics han d'estar molt estructurats i ser comprensius: atendre les diverses dificultats que es deriven dels diferents tipus de símptomes que caracteritzen el trastorn i que dificulten un funcionament més adaptatiu; (per exemple: ansietat, apatia i inactivitat, evitació de compromisos i situacions socials, incapacitat de formulació operativa de «problemes», predomini de distorsions cognitives o visió pessimista i excessivament crítica d'un mateix i de les circumstàncies externes, dificultats per la comunicació efectiva d'emocions).

Per la raó anterior els tractaments psicològics s'han de preveure de més llarga duració (entre 16-20 sessions) i les sessions de tractament també s'aconsellen més llargues (no menys de 45 minuts i hi ha bibliografia que parla de 90 minuts, inclús en TCC). Per a la depressió moderada i greu, el tractament psicològic adequat hauria d'incloure de 16 a 20 sessions durant com a mínim cinc mesos.

En relació a tot l'anterior (objectius terapèutics i característiques del trastorn) és molt recomanable delimitar en el temps la duració del tractament i facilitar l'aplicació «autònoma» de les estratègies terapèutiques treballades.

Més enllà de les dades epidemiològiques, les teràpies psicològiques amb una evidència i una eficiència contrastada (NICE, 2006) no havien estat disponibles, ni accessibles per als usuaris de l'atenció primària fins als últims anys. L'impuls d'aquesta disseminació de les teràpies psicològiques a l'atenció primària es va produir gràcies a l'informe Layard, sobre el cost de la depressió al Regne Unit (London School of Economics. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders (June 2006). Disponible en

http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/Depression_Report_Layard.pdf).

Aquest informe (a) posava en xifres la pèrdua de productivitat que es derivava dels dies no treballats com a conseqüència de tenir un trastorn depressiu o ansiós; (b) emfatitzava que les persones no tenien accés als tractaments i les teràpies psicològiques per manca de professionals, psicòlegs clínics i (c) proposava que el cost de la disseminació de les teràpies psicològiques a l'atenció primària quedava coberta completament per l'estalvi en baixes laborals, incapacitats i costos indirectes.

A aquests estudis de la London School of Economics, que indicaven que era necessària la implementació a gran escala del tractament psicològic als serveis d'atenció primària per part del govern britànic, s'hi va afegir l'informe equivalent encarregat i finançat pel SNS de l'estat (Gobierno de España. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social. Informe elaborado por la Sociedad Científica Interdisciplinar ACAP-PSICONDEC. Director e investigador principal: Santiago Mario Araña Suarez. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal (2008). Disponible : <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>).

Tot plegat, va afavorir que, en el nostre context, el Pla director de salut mental i addiccions (2006-2010) recollís la necessitat d'incrementar l'accessibilitat de les teràpies psicològiques a l'atenció primària de salut, amb la creació del Programa de suport a primària.

Assolir l'objectiu d'apropament i generalització de l'assistència psicològica als malalts depressius dependrà del desenvolupament dels programes de suport a l'assistència primària des dels centres de salut mental i del desplegament de l'atenció psicològica a la primària. Últimament, a Catalunya, s'han anat incorporant paulatinament els psicòlegs clínics a l'atenció a la primària a través dels programes de suport. Aquesta realitat ha obligat a definir la cartera de serveis i les intervencions psicològiques disponibles basades en proves que garanteixin una prevenció de la cronicitat i la conseqüent reducció de costos sanitaris. Malgrat l'esforç d'incorporació del tractament psicològic a l'atenció primària, el desplegament segueix essent insuficient. No és possible rebre atenció psicològica a tots els centres; i, a més, únicament es rep a través del programa suport a la primària i no es contempla com a tractament de la primària –fet que entra en contradicció amb el programa formatiu de l'especialista en psicologia clínica (BOE, 2009, disponible a

http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/Psicologia_C.pdf) que preveu el tractament psicològic a la primària en el context del programa de suport i com a intervenció a la primària.

1. Detecció del possible trastorn depressiu a l'assistència primària: consensuar «ítems específics» de l'exploració clínica i utilitat d'escala diagnòstiques.
2. Si es tracta d'episodi depressiu d'intensitat moderada-greu, o amb simptomatologia psicòtica associada, derivació a l'especialista en psiquiatria. Amb valoració posterior de tractament combinat si s'escau.
3. Si es tracta d'un episodi d'intensitat moderada-lleu, derivació a l'especialista en psicologia clínica.
4. Si persisteix la simptomatologia o es dona escassa resposta al tractament, valorar intervencions psicològiques més intenses, i derivació per nova valoració e intervenció.
5. En casos de depressió severa i complexa, risc vital o negligència severa, valorar altres formes més intenses d'intervenció: hospitalització, TEC, intervenció multiprofessional, entre altres.

En l'anàlisi de la situació actual és rellevant indicar que la bona coordinació entre metge o metgessa de família (MF) i l'especialista en psicologia clínica facilitaria una adequada derivació del pacient. L'evidència disponible sobre l'eficàcia del tractament psicològic per a la depressió hauria de fer fàcil operativitzar els criteris de derivació per a tractament psicològic del pacient amb depressió. De totes maneres, sovint aquesta derivació es fa sota criteris diferents als previstos, per exemple davant el dubte diagnòstic o quan el pacient insisteix en la demanda malgrat no compleixi criteris diagnòstics pel tractament. És per aquest motiu que psicòlegs clínics vinculats als programes de suport a la primària fan la següent reflexió:

- a) El motiu de la derivació per a tractament psicològic no ha de ser el diagnòstic, sinó la disposició del pacient al «canvi personal». Quan l'orientació al problema de l'estat afectiu que fa el pacient és l'expectativa de «canvi de terceres persones» o el «canvi ambiental», el tractament NO és eficaç. Quan l'atribució del pacient de la seva problemàtica afectiva de llarga duració és a factors externs (comportament o actitud de terceres persones, o circumstàncies ambientals particulars –p.ex. laborals, de vivenda, de disponibilitat de temps...–) no funciona el tractament.
- b) Abans que el psicòleg clínic iniciï un tractament psicològic o es comprometi al tractament, és imprescindible una visita de valoració psicològica per a determinar la «procedència del tractament»:
- c) Valorar si les condicions clíniques del pacient són les adequades per aplicar el procediment terapèutic de la depressió crònica:

- a. Si la disponibilitat, en assistència al núm. de visites previstes i freqüència, no és la requerida i/o la motivació pel canvi és baixa, millor no iniciar tractament psicològic i posposar-lo per quan es donin aquestes condicions.
- b. Segons la clínica predominant, potser el tractament psicològic, si procedeix, ha de fixar-se uns altres objectius prioritaris abans d'atendre «la cronicitat» (ideació i intencionalitat autolítica; problemàtica relacional o de parella).
- c. Si es valora la clínica depressiva com reactiva a una problemàtica concreta, pot ser més correcte la primera intervenció d'un altre professional (p. ex. treballador social) o inclús altra intervenció no clínica (advocats o assessors laborals o econòmics en casos de conflictiva en aquesta àrea).
- d) Si predomina «estil atribucional externalitzador» és recomanable una primera intervenció, breu (2, màxim 3 visites) en les que, seguint el format de la «psicoeducació», s'aborden les característiques clíniques o manifestacions simptomàtiques del trastorn crònic i les seves repercussions. A partir d'aquesta intervenció, pot ser més fàcil decidir procedència o no del tt. psicològic, en base als criteris anteriors.
- e) Atès que les recomanacions dels estudis d'eficàcia terapèutica són visites de més llarga duració i tractaments més prolongats, els propòsits anteriors poden considerar-se objectius de «cost-eficàcia».
- f) **COMENTARI:** La qualitat del diagnòstic no vol dir solament no infradiagnosticar casos de depressió. També ha d'incloure **evitar el sobrediagnòstic** (que sol portar al sobretractament). Els procediments comuns no poden limitar-se a aplicar els recomptes de símptomes del DSM-IV o la CIM-10, s'ha de valorar també l'impacte funcional, el context del pacient, les expectatives, el context familiar, les xarxes de suport...).
- g) L'infermer/a d'AP treballa amb un model integral d'atenció al pacient de forma que té coneixements i expertesa en l'abordatge de problemes emocionals (dol, cansament del cuidador principal, situacions de crisi vitals que generen angoixa...). És per aquest motiu que la psicoeducació al pacient deprimat i la seva família forma part del seu rol, evidentment abans cal fer formació reglada (sessions, curs formatiu, etc.).
- h) Hem d'evitar la dicotomia cos/ment per aprofundir en un model integral d'abordatge dels problemes de salut independentment de la seva etiologia. Un altre tema molt interessant és que la infermeria pugui tenir un referent –infermer/a de salut mental– que ajudi a clarificar dubtes i que planifiqui sessions, jornades o qualsevol activitat formativa.
- i) Crec que l'evidència sobre l'eficàcia d'això és bastant limitada –nül·la, de fet–. Les GPC no inclouen aquesta recomanació. Crec, per tant, que no es pot exigir com un criteri per a tots els equips. A més, que un equip realitzi activitats grupals de psicoeducació potser només vol dir que 6 o 7 pacients han rebut aquesta intervenció (una proporció molt petita de tots els deprimits). El que sí que s'ha de garantir és que tot pacient amb depressió rebi educació sanitària sobre la seva malaltia (no necessàriament grupal, pot ser individual) proporcionada pel metge/essa d'AP o l'infermer/a o el psiquiatre/a.
- j) **Comentaris:** Reiterar la necessitat de **prevenir el sobrediagnòstic i el sobretractament** i relativitzar la rellevància clínica de l'infradiagnòstic (que es concentra justament en els casos lleus on els beneficis de la detecció i del maneig terapèutic no estan ben establerts).

- k) Les accions destinades a augmentar la sensibilitat diagnòstica tendeixen a tenir l'efecte advers de minvar l'especificitat, especialment si no s'adapten paral·lelament mesures correctores.

Un aspecte que cal tenir en compte és que a atenció primària, i probablement també a psiquiatria, no és tant important el diagnòstic com que el professional sàpiga què ha de fer i què no ha de fer davant determinat pacient. Clar que les GPC, l'eCAP, els algorismes, etc., necessiten un diagnòstic per «funcionar».

Les accions destinades a disminuir l'infratractament poden tenir l'efecte advers d'incrementar els tractaments en casos de depressió on els beneficis no estan clars. Tant s'han d'emfasitzar les indicacions de tractament com les «no-indicacions». Tant s'ha d'emfasitzar que els tractaments no s'abandonin prematurament, com que no s'allarguin inadequadament.

A mi també m'hagués agradat compartir aquestes reflexions amb els col·legues del grup i també saber el que ells pensen sobre tot això. Establir una retroalimentació entre els professionals *face to face* sempre és enriquidor i estimulant!

Amb les incorporacions queda molt més equilibrada incorporant l'accés a la psicoteràpia basada en l'evidència en les rutes.

RECOMANACIÓ 1.2: La prevalença de depressió detectada pels EAP s'ha d'ajustar a la poblacionalment esperada.

Donat que la prevalença esperada és fruit d'estudis epidemiològics (per AP la més ajustada a Catalunya seria de 9,6% de l'estudi DASMAR; Serrano et al, 2010) seria millor DEMANAR QUE S'HA APROPAR més que ajustar (si ajustar s'interpreta com que s'ha d'arribar necessàriament).

RECOMANACIÓ 2.4: Tots els equips assistencials han de tenir accés a tractament psicològic a càrrec de psicòlegs clínics.

Aquesta recomanació s'hauria de matisar i posar clarament que «han de tenir accés a tractament psicològic d'acord amb les indicacions de les guies...». A part de que la disponibilitat de psicòlegs clínics és molt irregular entre àrees, la seva capacitat d'atenció de casos és limitada i s'ha de potenciar i assegurar la disponibilitat, però per les indicacions amb evidència científica.

La guia de la depressió informatitzada que s'està finalitzant a l'e-CAP pot ser una eina molt potent per fer realitat les recomanacions, però caldrà un lideratge actiu per la seva implementació per part dels equips d'AP i de SM en cada territori.

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 (DASMAR). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45 (2): 201-10.

PROPOSTA 1: ASSEGURAR LA QUALITAT DIAGNÒSTICA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

RECOMANACIÓ 1.1: Tots els professionals de tots els nivells han de tenir uns criteris i procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent. **COMENTARI:** La qualitat del diagnòstic no vol dir solament no infradiagnosticar casos de depressió (de fet els casos de depressió lleu evolucionen igual si es detecten o no es detecten, evidència científica *dixit*). També ha d'incloure en la recomanació evitar el sobrediagnòstic (que sol portar al sobretractament). Els «procediments diagnòstics comuns» que es mencionen no poden limitar-se a aplicar els recomptes de símptomes del DSM-IV o la CIM-10, s'ha de valorar també l'impacte funcional, el context del pacient, les expectatives... Això ha de constar **EXPLÍCITAMENT** en la recomanació (i després que s'apliqui, és clar).

RECOMANACIÓ 1.2: La prevalença de depressió detectada pels EAP s'ha d'ajustar a la poblacionalment esperada. **COMENTARI:** Cal tenir en compte a l'establir la dada de referència que la prevalença esperada, provinent de dades epidemiològiques, sol incloure casos moderats i greus, però també casos lleus amb escassa rellevància clínica (que compleixen estrictament els criteris estàndard, tanmateix) i que no és greu no diagnosticar-los (i en alguns, de fet, casos potser és millor no diagnosticar-los).

PROPOSTA 4: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS CRITERIS GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 4.1: La prescripció de fàrmacs no recomanats no ha d'ultrapassar els criteris de referència. **COMENTARI:** No recordo que s'hagués parlat d'això. Quins són els fàrmacs no recomanats? Quins són els criteris de referència que aquí es mencionen i com s'estableixen? «Fàrmacs no recomanats» fa referència a tots els que no són els quatre ISRS de primera línia? Per què no formular la recomanació en positiu?

Un maneig clínic acurat de la depressió, seguint els algorismes de les guies, donarà lloc a que una proporció major de pacients passin a necessitar antidepressius de segona línia (inicialment no recomanats, doncs).

RECOMANACIÓ 4.2: Tots els equips han de pactar una GPC de referència i la prescripció de fàrmacs ha de ser coherent amb les recomanacions de la guia. **COMENTARI:** Això sí. Queda més clar que l'anterior recomanació.

PROPOSTA 5: INFORMACIÓ I EDUCACIÓ SANITÀRIA AL PACIENT AMB ESTRATÈGIES D'AUTOCURA I DE GESTIÓ D'EXPECTATIVES

RECOMANACIÓ 5.1: Tots les equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria proveint educació sanitària al pacient amb depressió. **COMENTARI:** Ep! D'acord amb un referent en l'equip (per tasques de formació, de consulta, de dinamització...), però l'educació sanitària ha de ser tasca de tot metge/essa i infermer/a vers el pacient deprimat sota la seva responsabilitat. Un referent de suport, sí. Un referent a qui derivar la pròpia responsabilitat, no.

PROPOSTA 2: RUTES ASSISTENCIALS DE COORDINACIÓ AP – SALUT MENTAL AMB CRITERIS DE DERIVACIÓ SEGONS SEVERITAT I GARANTIA D'ATENCIÓ

RECOMANACIÓ 2.4: Tots els equips assistencials han de tenir accés a tractament psicològic a càrrec de psicòlegs clínics. COMENTARI: Tant de bo fos així.

RECOMANACIÓ 2.6: Tots els equips assistencials han de tenir accés a activitats grupals psicoeducatives. COMENTARI: Crec que l'evidència sobre l'eficàcia d'això és bastant limitada –nül·la, de fet–. Les GPC no inclouen aquesta recomanació. Crec, per tant, que no es pot exigir com un criteri per tots els equips.

A més, que un equip realitzi activitats grupals de psicoeducació potser només vol dir que 6 o 7 pacients han rebut aquesta intervenció (una proporció molt petita de tots els deprimits a càrrec de l'equip). El que sí que s'ha de garantir és que tot pacient amb depressió rebi educació sanitària sobre la seva malaltia (no necessàriament grupal, pot ser individual) proporcionada pel metge/essa d'AP o l'infermer/a o psiquiatre/a.

PROPOSTA 4: ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS CRITERIS GPC DE REFERÈNCIA

RECOMANACIÓ 4.3: La prescripció de combinacions d'antidepressius no recomanats no ha d'ultrapassar els criteris de referència. **COMENTARI:** El mateix que per la recomanació 4.1.

Comentaris: Reiterar la necessitat de prevenir el sobrediagnòstic i el sobretractament i relativitzar la rellevància clínica de l'infradiagnòstic (que es concentra justament en els casos lleus on els beneficis de la detecció i del maneig terapèutic no estan ben establerts).

Les accions destinades a augmentar la sensibilitat diagnòstica tendeixen a tenir l'efecte advers de minvar l'especificitat, especialment si no s'adapten paral·lelament mesures correctores.

Un aspecte que cal tenir en compte és que a l'atenció primària, i probablement també a psiquiatria, no és tant important el diagnòstic com que el professional sàpiga què ha de fer i què no ha de fer davant determinat pacient. Clar que les GPC, l'eCAP, els algorismes, etc., necessiten un diagnòstic per «funcionar».

Les accions destinades a disminuir l'infractament podem tenir l'efecte advers d'incrementar els tractaments en casos de depressió on els beneficis no estan clars (sobretractament). Tant s'han d'emfasitzar les indicacions de tractament com les «no-indicacions». Tant s'ha d'emfasitzar que els tractaments no s'abandonin prematurament, com que no s'allarguin inadequadament.

M'hagués agradat compartir aquestes reflexions amb els col·legues del grup i també saber el que ells pensen sobre tot això. Això del Delphi deu ser molt modern però em sembla que és un mètode molt limitat en la seva utilitat.

MÉS COSES: Hem estat debatent sobre aquests temes de les «rutes clíniques» i del «programa d'atenció a la cronicitat» en el si del grup de treball de salut mental de la CAMFiC i aprofito aquesta tramesa per fer-vos arribar l'essència del que hem xerrat. Atesa la representativitat de la Camfic en relació al col·lectiu de metges de família i al sector de l'atenció primària en general creiem que aquestes reflexions han de ser tingudes en compte a l'hora de desenvolupar el present projecte.

En primer lloc, genera certa suspicàcia el fet que la depressió sigui considerada una «malaltia crònica». Reconeixem que en una proporció de casos sí que es cronifica i en altres té un caràcter recurrent, o que tot i anant bé precisa d'un seguiment clínic i d'un maneig terapèutic prolongat i, fins i tot, reconeixem que el maneig de la depressió es pot beneficiar d'alguns dels elements de les rutes clíniques i del model d'atenció a la cronicitat. Però cal tenir en compte que el fet de considerar sistemàticament la depressió una «malaltia crònica» pot afavorir el sobretractament per la «cronificació» o prolongació inadequada dels tractaments. Com comentàvem abans hi ha d'haver criteris clars per instaurar un tractament i criteris clars per retirar-lo. Ja veieu que ens amoïna el sobretractament, potser més que l'infractament.

En segon lloc, s'interpreta això de les rutes clíniques com la construcció d'una estructura addicional quan potser seria millor potenciar explícitament i facilitar el treball de les estructures existents, per exemple l'atenció primària, o el mateix programa de suport a la primària en salut mental.

En tercer lloc, es considera el model d'atenció a la cronicitat un model assistencial esbiaixat cap al maneig centrat en les malalties en detriment de l'assistència centrada en els pacients (en les persones), per tant en direcció oposada a la que hem estat promovent des de l'atenció

primària i que constitueix un valor fonamental de la nostra especialitat i del nostre àmbit de treball.

Respecte a la recomanació 4.3: la formulació de la mateixa és poc clara, en primer lloc no està ben definit quins són aquest criteris de referència, també aquesta recomanació ha d'adaptar-se als diferents graus de complexitat de pacient dins la ruta de la depressió.

- Torno a insistir en el tema prevalença de depressió, doncs és important acotar el concepte. Per exemple al CIE-10 hi ha el codi F41.2 trastorn mixt ansiós-depressiu, està dintre d'altres trastorns d'ansietat, però és un codi molt usat per diagnosticar depressions amb un important component ansiós o ansietats amb simptomatologia depressiva.

- Respecte al tractament psicològic a càrrec del psicòleg caldria obrir el ventall a altres professionals quan puguin acreditar una formació específica psicoterapèutica (infermeria, treball social, psiquiatres).

- Respecte als tractaments psicològics basats en l'evidència seria bo consensuar quin són i si tenen indicació a la depressió.

- Penso que si bé la ruta assistencial ha de ser prou flexible perquè permeti l'adaptació a cada territori concret, alguns punts han d'estar molt clars i ser prescriptius si volem després establir comparacions mínimament fiables.

Crec que si demanem psicòlegs clínics titulats necessitarem anys per aconseguir implementar-los, podríem substituir-ho per psicòlegs amb formació acreditada en les teràpies amb evidència científica, de la mateixa manera que no s'exigeix títol de psiquiatre per tractar un malalt depressiu.

Imagino que ens referim a la combinació d'antidepressius recomanada per les guies.

ECP finals segons la sessió de treball PPAC - Pla director de salut mental i addiccions

PROPOSTA 1:

QUALITAT DIAGNÒSTICA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Els professionals de tots els nivells han de tenir una orientació integral, uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent, i n'han d'avaluar periòdicament la qualitat.

Als pacients amb malalties cròniques (diabetis, IC, MPOC, etc.) se'ls ha d'aplicar un cribratge breu de depressió, amb periodicitat anual.

PROPOSTA 2:

RUTES ASSISTENCIALS DE COORDINACIÓ AP - SALUT MENTAL AMB CRITERIS DE DERIVACIÓ SEGONS LA SEVERITAT I GARANTIA D'ATENCIÓ

Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre depressió definides i implantades.

El territoris han de disposar de sistemes d'interconsulta (presencial o telemàtica) àgils i satisfactoris per als professionals i curosos amb la confidencialitat de la informació.

Els pacients amb depressió han de tenir accés a atenció psicològica o psicoeducativa d'acord amb les recomanacions de bona pràctica i evidència. Aquest accés ha de quedar explicitat a la ruta assistencial.

PROPOSTA 3:

EXPLORACIÓ INICIAL I CONTINUADA DEL RISC DE SUÏCIDI

Les rutes assistencials han de fer esment de la sistemàtica d'exploració i gestió del risc de suïcidi.

El diagnòstic de depressió i l'exploració del risc de suïcidi ha de disposar d'un espai específic en la història clínica del pacient. Aquest espai ha d'estar emplenat i ser accessible a la HCCC.

PROPOSTA 4:

ÚS CORRECTE DE FÀRMACS SEGONS ELS CRITERIS DE LA GPC DE REFERÈNCIA

Els territoris han d'explicitar un pacte farmacoterapèutic sobre depressió, que ha de ser avaluat i acomplert.

PROPOSTA 5:

INFORMACIÓ I EDUCACIÓ SANITÀRIA AL PACIENT AMB ESTRATÈGIES D'AUTOCURA I DE GESTIÓ D'EXPECTATIVES

Els equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria que proveeixi atenció al pacient amb depressió.

MPOC

Valoracions a les recomanacions del PPAC sobre els ECP prioritzats per PDMAR.

En verd hi ha les recomanacions acceptades pel grup.

PROPOSTA 1: REDUIR L'INFRADIAGNÒSTIC DE LA MPOC

RECOMANACIÓ 1.1: **Tots els territoris han de fer espirometries amb qualitat garantida.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									1	8

RECOMANACIÓ 1.2: **Tots els pacients MPOC han de disposar d'espirometria feta, diagnòstica i actualitzada.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	3	5

RECOMANACIÓ 1.3: **Les espirometries han de ser consultables des de la HCCC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	3	5

PROPOSTA 2: AUGMENTAR L'ÍNDEX DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA

RECOMANACIÓ 2.1: **El consum de tabac ha d'estar actualitzat a la història clínica del pacient i també ha de ser accessible a la HCCC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	1	2	5

RECOMANACIÓ 2.2: **Sempre que un pacient de MPOC fumador estigui ingressat, cal iniciar la deshabituació del tabac durant l'ingrés.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	1	1	5

RECOMANACIÓ 2.3: Tots els EAP han de tenir un protocol de deshabitució del tabac en el pacient de MPOC fumador, amb avaluació anual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	3	2

PROPOSTA 3: MILLORAR EL CONTROL DE LES AGUDITZACIONS

RECOMANACIÓ 3.1: Tots els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin la gestió de les aguditzacions.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	2	2

RECOMANACIÓ 3.2: Tots els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin l'atenció precoç del pacient un cop donat d'alta després d'una agudització.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	3	1

RECOMANACIÓ 3.3: L'índex de reingressos de cada territori ha d'ajustar-se a l'esperable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	2	3	2	

PROPOSTA 4: MILLORAR EL CONTROL DE LA MPOC

RECOMANACIÓ 4.1: La indicació de broncodilatadors ha de basar-se en la GPC de referència de cada territori.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	1		1		2	1	2	2	

RECOMANACIÓ 4.2: Tots els territoris han de disposar de prestacions de fisioteràpia respiratòria accessibles i de qualitat.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	3	3

Recull de comentaris de l'enquesta de recomanacions

Les rutes assistencials han d'estar adequades a cada territori, però les GPC haurien de ser universals, no té sentit que cada territori tingui la seva GPC.

Poso aquesta resposta perquè allò esperable seria que sí a tots els territoris (10), però la realitat ho fa molt difícil a no ser que es canviï la política d'estratègies de comunicació entre els diferents nivells d'atenció.

Cal parlar de rehabilitació respiratòria i no només de fisioteràpia.

Cal recordar que hi ha un Pla de rehabilitació respiratòria domiciliària del CatSalut.

He fet els comentaris considerant que un territori és una àrea sanitària dins Catalunya, però no tinc clar que sigui així, potser caldria aclarir que significa «territori» per a la gent que no treballem a la conselleria.

És difícil prioritzar les guies: per mi la de l'ICS és la primera bàsicament perquè tenim l'aplicació informàtica integrada a la història clínica, la qual cosa li dóna un valor afegit important. GOLD continua sent de referència i GESEPOC, malgrat crec que l'aspecte diagnòstic i classificació és massa complex, aporta novetats i nous enfocaments que s'han de tenir en compte (i és la més actual).

En la recomanació 1.2. sempre ha d'haver una espirometria diagnòstica i actualitzada: segons els terminis que marquen les GPC.

En la 4.1 «La indicació de broncodilatadors ha de basar-se en la GPC de referència de cada territori» crec que tots els territoris hem d'utilitzar la mateixa GPC i tenir els mateixos criteris d'indicació de broncodilatadors a qualsevol part del territori.

Crec que la indicació de broncodilatadors ha de basar-se GPC igual per a tot el territori.

Respecte a l'espirometria actualitzada, no queda clar durant cada quant temps caldria fer el seguiment.

L'afirmació de que l'índex de reingressos ha d'ajustar-se a l'esperable és ambigua, si no es precisa què és l'esperable. En tot cas, sabut que l'estat de salut i de suport social al pacient no és homogeni al territori, i que aquests tenen un impacte sobre l'ingrés hospitalari per malaltia crònica, és possible que l'esperable no sigui el mateix en tot el territori.

Noves recomanacions proposades

1.- Quan parlem de l'índex de reingressos esperable, cal tenir en compte que si no es fa una estratègia de control i seguiment no es podran assolir aquests objectius. Això és bàsic.

2.- No s'ha de parlar de «fisioteràpia respiratòria» sinó de «rehabilitació respiratòria», donat que cal incloure educació, tema bàsic (tant de coneixements com d'hàbits de vida i de tècniques d'estalvi d'energia), fisioteràpia i tècniques d'entrenament.

3.- Caldria especificar com detectar la insuficiència respiratòria precoçment (mitjançant la mesura dels gasos arterials) per avaluar si cal o no iniciar oxigenoteràpia. Cal dir que aquesta estratègia s'ha de fer a l'hospital i, per tant, convé que hi hagi un lligam molt estret i fluid entre l'atenció primària i l'hospitalària. Segurament una detecció precoç evitaria en més d'una ocasió ingressos, considerant que sovint aquests són el debut de la insuficiència respiratòria.

4.- El problema més greu és el malalt amb MPOC greu reingressador. Caldria pensar en estratègies complertes on el circuit anés des de l'atenció primària - centres d'hospitalització d'aguts - centres de convalsència - atenció domiciliària multidisciplinària - PADES (si està indicat). D'aquesta manera un malalt que ingressa repetidament potser abans de tornar a casa si es considera que la situació familiar o d'hàbitat no és adequada, podria fer una estada a un centre de convalsència on a més se li podria oferir rehabilitació respiratòria. En canvi, els malalts amb bon suport es podrien beneficiar d'un seguiment a domicili portat per un grup multidisciplinari de metge/essa-infermer/a i amb el suport de rehabilitació respiratòria domiciliària (Pla de rehabilitació del CatSalut).

El que sí és fonamental és que es creï una xarxa de comunicació entre aquests diferents nivells, fluida i fàcil, de manera que l'equip de primària, d'hospital, de convalsència, PADES (quan està indicat) i de rehabilitació respiratòria (quan està indicada) puguin intercanviar fàcilment informació i abordar estratègies conjuntes. Això, a més de ser més eficaç, donaria molta seguretat al malalt greu i potser reduiria els ingressos i la dependència de l'hospital. De totes formes, crec que ha de quedar clar que els especialistes en pneumologia (infermers-metges-fisioterapeutes) haurien de liderar l'estratègia, però treballant amb l'equip de primària i també de rehabilitació respiratòria domiciliària.

En els malalts molt greus, que per la seva situació de salut o pel seu habitat és molt difícil fer desplaçaments i cal pensar en tractaments pal·liatius per la dispnea, caldria pensar en el suport per l'equip de PADES, que també hauria d'estar coordinat amb l'equip responsable del malalt a l'hospital i tenir una comunicació fluida i fàcil.

En els malalts portadors de teràpies respiratòries domiciliàries (oxigen o ventilació) caldria també incorporar les empreses en el treball en equip.

El missatge fonamental des del meu punt de vista és: trajectòria lineal de l'hospital a casa amb comunicació fàcil, continua i fluida entre els diferents nivells d'assistència que coneixen un malalt en concret. Això podria reduir ingressos i millorar la qualitat assistencial tant per al malalt com per la sanitat pública.

Tot pacient amb MPOC ha de tenir un pla terapèutic individualitzat (farmacològic i no farmacològic) segons evidència científica i es tindria que avaluar anualment.

Tot pacient amb MPOC ha de disposar d'un programa d'educació terapèutica (mes enllà de la instrucció dels inhaladors) consensuat entre nivells, segons evidència i s'hauria d'avaluar anualment.

Tot pacient amb MPOC, requereix una avaluació anual. Aquesta inclourà, severitat de la malaltia, comorbiditat, adherència terapèutica, qualitat de vida.

El tractament global de l'MPOC ha de basar-se en les guies clíniques i la millor evidència disponible.

Les diferents intervencions en l'MPOC (farmacològiques i no farmacològiques) han de basar-se en les guies clíniques.

Tots els territoris disposaran d'equips especialitzats de suport per als pacients més greus/complexos.

Es promourà l'hospitalització a domicili durant una agudització de l'MPOC en aquells territoris que se'n disposi.

Avaluació del grau de satisfacció de l'MPOC dels diferents nivells assistencials.

Control de qualitat anual de les intervencions realitzades i del tractament farmacològic prescrit segons gravetat.

- Per al correcte maneig de l'MPOC és bàsic l'atenció a les comorbiditats (no treballar l'MPOC de forma aïllada).
- Conciliació del tractament farmacològic (no només BD).
- Els EAP i hospitals han de disposar d'eines per fomentar la participació del pacient en la seva malaltia (grups, programa pacient expert, programes web...).
- A la part núm. 4 de millorar el control de l'MPOC afegiria alguna recomanació relacionada amb la tècnica inhalatòria: valoració de la tècnica inhalatòria a cada visita, corregir errors, valorar el compliment del tractament...
- Els fumadors de més de 40 anys han de disposar com a mínim d'una espirometria.
- Els pacients amb MPOC greu han d'haver estat avaluats pel pneumòleg com a mínim en una ocasió.

Valoració final dels experts després de la segona enquesta**PROPOSTA 1: REDUIR L'INFRADIAGNÒSTIC DE LA MPOC****RECOMANACIÓ 1.1: Tots els territoris han de fer espirometries amb qualitat garantida.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									1	11

RECOMANACIÓ 1.2: Tots els pacients de MPOC han de disposar d'espirometria feta, diagnòstica i actualitzada.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	3	8

RECOMANACIÓ 1.3: Les espirometries han de ser consultables des de la HCCC.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								1	3	8

PROPOSTA 2: AUGMENTAR L'ÍNDEX DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA**RECOMANACIÓ 2.1: El consum de tabac ha d'estar actualitzat a la història clínica del pacient i també ha de ser accessible a la HCCC.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							1	1	2	8

RECOMANACIÓ 2.2: Sempre que un pacient de MPOC fumador estigui ingressat, cal iniciar la deshabituació del tabac durant l'ingrés.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	1	1	8

RECOMANACIÓ 2.3: Tots els EAP han de tenir un protocol de deshabituació tabàquica en el pacient de MPOC fumador, amb avaluació anual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							2	2	3	5

PROPOSTA 3: MILLORAR EL CONTROL DE LES AGUDITZACIONS

RECOMANACIÓ 3.1: Tots els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin la gestió de les aguditzacions.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	2	5

RECOMANACIÓ 3.2: Tots els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin l'atenció precoç del pacient un cop donat d'alta després d'una agudització.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	3	4

RECOMANACIÓ 3.3: L'índex de reingressos de cada territori ha d'ajustar-se a l'esperable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	2	3	2	3

PROPOSTA 4: MILLORAR EL CONTROL DE LA MPOC

RECOMANACIÓ 4.1: La indicació de broncodilatadors ha de basar-se en la GPC de referència de cada territori.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				1	1	1	3	1	2	1

RECOMANACIÓ 4.2: Tots els territoris han de disposar de prestacions de fisioteràpia respiratòria accessibles i de qualitat.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						1	1	2	3	6

PROPOSTA 5: MILLORAR L'ABORDATGE DE LA MPOC COMPLEXA

RECOMANACIÓ 5.1: Tots els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi els criteris amb base territorial de la gestió de la MPOC en situació de cronicitat complexa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								2	4	4

RECOMANACIÓ 5.2: Tots els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi i permeti revisar els criteris d'indicació de l'oxigenoteràpia domiciliària.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					1	1	1	2	1	4

Comentaris finals dels experts

El protocol de deshabitació tabàquica crec que no s'ha d'actualitzar anualment, tal com es fa en la majoria de protocols. Respecte els reingressos no sé si s'ha d'ajustar a l'esperable, perquè les particularitats territorials poden modificar l'esperable però, en tot cas, sí que hi ha d'haver una reducció progressiva.

Reflexioneu si hi ha algun indicador que potenciï el treball en equip multidisciplinari, peça bàsica del projecte i que no veig reflectit en els ECP. Tal com entenc la proposta, sense indicadors al respecte, crec que no es farà treball en equip. Si no, reflexioneu per què no s'ha acomplert la coordinació entre nivells fins ara, tot i que ja surt en els plans de salut des de fa més de 15 anys! O per què anem tan endarrerits, respecte a diabetis i HTA, en el maneig de l'MPOC en AP. Hi havia gaires indicadors sobre MPOC? NO!

Jo crec que els criteris d'indicació de broncodilatadors i d'oxigenoteràpia estan molt clars i, per descomptat, s'han de basar sempre en les GPC, però no crec que s'hagi d'haver diferències d'indicació segons el territori. Sí que crec que cada territori ha de fer la seva ruta assistencial en funció dels seus recursos, però els criteris d'indicació han de ser iguals en qualsevol part del territori.

Torno a insistir, com en l'enquesta anterior, en la revisió de la tècnica inhalatòria i valoració de l'acompliment terapèutic, sobretot la revisió de la tècnica ja que tots els pacients utilitzen inhaladors i la majoria tenen errors en la tècnica. Crec que és un punt molt important en el control del pacient amb MPOC. Tampoc s'ha parlat del tractament no farmacològic: educació sanitària, nutrició, estils de vida, i de les vacunacions: crec que és molt important l'administració de la vacunació antigripal anual i la pneumocòccica.

El criteri d'indicació d'oxigenoteràpia no és territorial, segueix una ordre del Departament.

- BD: La pregunta no és clara: la indicació de BD no ha de basar-se en una guia de cada territori, sinó en els màxims nivells d'evidència i, en qualsevol cas, en les guies de referència pactades. Però no sé si la pregunta es refereix al «pacte» d'ús de fàrmacs en cada territori (estàndards de farmàcia comuns, pacte en l'ús adequat d'algun fàrmac, etc.). En el segon cas, estaria d'acord amb l'asseveració, en el primer no.
- Més enllà de la fisioteràpia, cal assegurar l'accés a programes de RHB pulmonar en pacients amb símptomes.
- Oxigenoteràpia: si ho entenc bé, el que es vol dir és que hi hagi maneres fàcils de revisar les indicacions, l'ús, que no hagin mort pacients. Perquè els criteris no han de dependre del territori, sinó novament de les evidències o guies seleccionades.
- Repeteixo alguns comentaris de l'altra vegada:
 - Per al correcte maneig de l'MPOC és bàsic l'atenció a les comorbiditats (no treballar l'MPOC de forma aïllada).
 - Conciliació del tractament farmacològic (no només BD).
 - Els EAP i hospitals han de disposar d'eines per fomentar la participació del pacient en la seva malaltia (grups, programa pacient expert, programes web...).

Continuo pensant que la clau per una assistència d'excel·lència (cost-eficaç) és el crear una trajectòria o ruta assistencial que sigui lineal amb una comunicació fluida entre els diversos nivells assistencials.

M'atreveixo a dir que la paraula o frase clau del tipus d'assistència que proposen podria ser: «equip d'atenció multidisciplinari» entenent per «equip» al conjunt de professionals (metges, professionals d'infermeria, auxiliars, fisioterapeutes i treballadors socials) que treballen per un mateix malalt i en cadascun dels àmbits assistencials.

Crec que l'elecció de fàrmacs ha d'estar basat en l'evidència científica. De totes formes, poden haver-hi acords en utilitzar aquells medicaments recomanats segons el territori i l'agència de medicació.

ECP finals segons la valoració conjunta PPAC - Pla director de malalties de l'aparell respiratori

PROPOSTA 1:

REDUIR L'INFRADIAGNÒSTIC DE LA MPOC

Els territoris han de fer espirometries amb qualitat garantida.

Els pacients amb MPOC han de disposar d'espirometria feta, diagnòstica i actualitzada.

Les espirometries han de ser consultables des de la HCCC.

PROPOSTA 2:

AUGMENTAR L'ÍNDEX DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA

El consum de tabac ha d'estar actualitzat a la història clínica del pacient i ha de ser accessible a la HCCC.

Sempre que un pacient de MPOC fumador estigui ingressat, cal iniciar la deshabituació tabàquica durant l'ingrés.

Els EAP han de tenir un protocol de deshabituació tabàquica del pacient de MPOC fumador, amb avaluació anual.

PROPOSTA 3:

MILLORAR EL CONTROL DE LES AGUDITZACIONS

Els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriuïn la gestió de les aguditzacions.

Els territoris han de disposar de rutes assistencials que descriuïn l'atenció precoç del pacient un cop donat d'alta després d'una agudització.

L'índex de reingressos de cada territori ha d'ajustar-se a l'esperable.

PROPOSTA 4:

MILLORAR EL CONTROL DE LA MPOC

Els territoris han de disposar de prestacions àmplies de tractament no farmacològic de la MPOC, accessibles, basades en la millor evidència i de qualitat.

Cal garantir la formació dels pacients amb MPOC en l'ús dels inhaladors.

Cal millorar l'adequació i la seguretat relacionada amb l'ús de fàrmacs indicats en la MPOC d'acord amb la GPC de referència.

PROPOSTA 5:

MILLORAR L'ABORDATGE DE LA MPOC COMPLEX

Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi els criteris amb base territorial de l'abordatge multidisciplinari i integrat de la MPOC en situació de cronicitat complexa.

Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi i permeti revisar els criteris d'indicació de l'oxigenoteràpia domiciliària.

Els pacients amb MPOC tenen dret a rebre dels professionals informes clínics complets i veraçs respecte de la seva situació clínica i funcional.

Proposta d'avaluació i de registres a la HCCC

Aquesta proposta es fa sobre la base dels ECP consensuats entre el PPAC i els ens referents de cada patologia i té el vist-i-plau de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris.

Finalment, els ítems sobre tractament farmacològic s'han elaborat amb el suport dels tècnics de l'AIAQS i de la Gerència d'Atenció Farmacèutica del CatSalut.

DIABETIS MELLITUS 2

1. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre DM2 definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per RA de DM2, en relació amb la definida en el marc genèric específic

HCCC: RA accessible

2. Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent) entre professionals de diversos nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de DM2.

Avaluació: % de territoris de la RS amb dispositiu de comunicació

HCCC: dispositiu de comunicació accessible
--

3. Malgrat que tots els professionals han d'estar capacitats per a la gestió bàsica de la DM2, els EAP han de tenir un infermer/a i un metge/essa referents en aquest problema de salut.

Avaluació: % d'EAP amb infermer/a i metge/essa referent

HCCC: professionals identificats

4. Els pacients diabètics han d'abandonar el tabac.

Avaluació: % de diabètics 2 amb tabaquisme actiu
--

HCCC: consum de tabac actualitzat accessible
--

5. Els pacients diabètics han de tenir la TA ben controlada segons els criteris de la GPC de referència al territori.

Avaluació: % de diabètics amb TA ben controlada

HCCC: registre TA actualitzat disponible
--

6. Les RA dels territoris han de fer constar els criteris de bon control de l'Hb glicosilada des d'una visió individualitzada.

Avaluació: % de RA amb esment al criteri de bon control de l'HbA ₁ de base individual
HCCC: HbA ₁ actualitzada disponible

7. Els territoris han de disposar d'accés a càmeres no midriàtiques amb dades adequades de cobertura i gestió d'aquest servei.

Avaluació: % de diabètics amb cribratge ocular actualitzat
HCCC: dades de cribratge accessibles

8. Els territoris han de tenir circuits de referència d'atenció al peu diabètic, expressats en la ruta assistencial.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària que tenen RA amb menció específica
HCCC: dades d'exploració de peus actualitzades i actives

9. Cal assegurar que les pacients diabètiques en edat fèrtil tinguin un bon control metabòlic en el moment de quedar embarassades.

Avaluació: % de diabètiques en edat fèrtil amb bon control metabòlic en el moment de quedar embarassades
HCCC: registre HbA ₁ actualitzat disponible

10. Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades actualitzades sobre resultats analítics, pautes terapèutiques i complicacions (fons d'ull, microalbuminúria i control de peus).

Avaluació: % de pacients amb totes les dades bàsiques a la HCCC
HCCC: HbA ₁ + microalb. + tractament + CROC + control de peus disponibles

11. Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

Avaluació: % de pacients amb HCCC amb cursos interoperables
HCCC: cursos interoperables disponibles

12. Els EAP han de disposar d'una dotació pactada de tires reactives, ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença.

Avaluació: dades de consum de tires
HCCC: dades accessibles

13. Les GPC o les RA han d'esmentar els criteris d'ús de tires reactives ajustats a la millor evidència disponible.

Avaluació: % de sectors de la regió sanitària amb RA, incloent-hi menció específica
HCCC: RA accessible

14. Cal millorar l'adequació i la seguretat associada a l'ús dels medicaments (antidiabètics, antihipertensius i hipolipemians), d'acord amb la GPC de referència al territori.

<p>Avaluació:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de pacients diabètics tractats amb antidiabètics orals que porten metformina sola o associada a sulfonilurees - % de pacients diabètics amb risc cardiovascular elevat tractats amb estatines - % de pacients diabètics amb nefropatia tractats amb IECA o ARA II
HCCC: dades de prescripció, risc CV i registre de nefropatia accessibles

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

1. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre IC definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per RA d'IC en relació amb la definida en el marc genèric específic
--

HCCC: RA accessible

Avaluació: taxa d'hospitalitzacions evitables per IC
--

HCCC: dades sobre hospitalitzacions evitables accessibles

Avaluació: taxa de reingressos als 30 dies de pacients amb IC com a diagnòstic principal
--

HCCC: dades sobre reingressos accessibles

2. Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent) entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats d'IC.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb dispositiu de comunicació
--

HCCC: dispositiu de comunicació accessible
--

3. Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada d'IECA.

Avaluació: % de persones amb IC i en tractament vigent amb IECA o ARA II del total de persones amb diagnòstic d'IC esperat
--

HCCC: prescripció actualitzada accessible

4. Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada de betablocadors.

Avaluació: % de persones amb IC en tractament vigent amb betablocadors del total de persones assignades amb diagnòstic d'IC esperat

HCCC: prescripció actualitzada accessible

5. Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques.

Avaluació: % de pacients amb les dades esmentades actualitzades a la HCCC

HCCC: resultat d'ecografia actualitzat i tractament actiu disponibles

6. Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

Avaluació: % de pacients amb HCCC amb cursos interoperables

HCCC: cursos interoperables

7. Els EAP han de tenir un protocol d'autocura del pacient amb IC, amb avaluació anual i que, com a mínim, inclogui l'autocontrol del pes i les actuacions que es derivin de desviacions ponderals.

Avaluació: % d'EAP amb protocol amb avaluació anual

HCCC: registre actualitzat del pes

DEPRESSIÓ

1. Els professionals de tots els nivells han de tenir una orientació integral, uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats en la ruta assistencial corresponent, la qualitat dels quals s'ha d'avaluar de manera periòdica.

Avaluació: % de RA explicitant criteris diagnòstics + audit. HC

HCCC: registre diagnòstic de depressió adaptat a criteris de la regió sanitària

2. Als pacients amb malalties cròniques (diabetis, IC, MPOC, etc.) se'ls ha d'aplicar un cribratge de depressió amb periodicitat anual.

Avaluació: % de pacients amb malaltia crònica i cribratge de depressió amb periodicitat anual

HCCC: dades de cribratge disponibles

3. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre depressió definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per regió sanitària de depressió segons es defineix en el marc genèric específic

HCCC: RA accessible

4. El territoris han de disposar de sistemes d'interconsulta (presencial o telemàtica) àgils i satisfactoris per als professionals i curosos amb la confidencialitat de la informació.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb dispositiu d'interconsulta

HCCC: dispositius d'interconsulta no presencial accessibles

5. Els pacients amb depressió han de tenir accés a atenció psicològica o psicoeducativa d'acord amb les recomanacions de bona pràctica i evidència. Aquest accés ha de quedar explicitat a la ruta assistencial.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb RA i amb esment específic a l'atenció psicològica o psicoeducativa

HCCC: RA accessible

6. Les rutes assistencials han de fer esment al sistema d'exploració i gestió del risc de suïcidi.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb RA i amb esment específic
--

HCCC: dades d'exploració i gestió del risc de suïcidi disponibles

7. El diagnòstic de depressió i l'exploració del risc de suïcidi ha de disposar d'un espai específic en la història clínica del pacient. Aquest espai ha d'estar emplenat i ser accessible a la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb registre específic a la HCCC

HCCC: registre específic

8. Els territoris han d'explicitar un pacte farmacoterapèutic sobre depressió, que ha de ser avaluat i acomplert.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb pacte establert dins RA
--

HCCC: RA accessible

Avaluació: % de fàrmacs prescrits que no estan previstos en el pacte farmacoterapèutic
--

HCCC: dades de prescripció accessibles
--

9. Els equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria que proveeixi atenció al pacient amb depressió.

Avaluació: % d'EAP amb infermer/a referent
--

HCCC: infermer/a identificada

MPOC

1. Els territoris han de fer espirometries amb qualitat garantida.

Avaluació: % de pacients amb espirometria de qualitat

HCCC: espirometria disponible amb possibilitat de valorar criteris de qualitat
--

2. Els pacients de MPOC han de disposar d'espirometria feta, diagnòstica i actualitzada.

Avaluació: % de pacients amb espirometria actualitzada diagnòstica
--

HCCC: espirometria disponible

3. Les espirometries han de ser consultables des de la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb espirometria a la HCCC

HCCC: espirometria disponible

4. El consum de tabac ha d'estar actualitzat a la història clínica del pacient i ha de ser accessible a la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb dades sobre consum de tabac actualitzades a la HCCC
--

HCCC: consum de tabac actualitzat disponible
--

5. Sempre que un pacient de MPOC fumador estigui ingressat, cal que iniciï la deshabitució tabàquica durant l'ingrés.

Avaluació: % de pacients en tractament deshabitador en el moment de l'alta
--

HCCC: tractament deshabitador actiu disponible
--

6. Els EAP han de tenir un protocol de deshabitució tabàquica en el pacient de MPOC fumador, amb avaluació anual.

Avaluació: % d'EAP amb protocol amb avaluació anual

HCCC: protocol accessible

7. Els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin la gestió de les aguditzacions.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb ítem previst en les rutes assistencials
--

HCCC: RA accessible

8. Els territoris han de disposar de rutes assistencials que descriguin l'atenció precoç del pacient un cop donat d'alta després d'una agudització.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb ítem previst en les RA

HCCC: RA accessible

9. L'índex de reingressos de cada territori ha d'ajustar-se a la taxa esperable.

Avaluació: taxa d'hospitalitzacions evitables per MPOC
--

HCCC: dades sobre hospitalitzacions evitables accessibles

Avaluació: taxa de reingressos als 30 dies de pacients amb MPOC com a diagnòstic principal
--

HCCC: dades sobre reingressos accessibles

10. Els territoris han de disposar de prestacions àmplies de tractament no farmacològic de la MPOC, accessibles, basades en la millor evidència i de qualitat.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst en la RA

HCCC: accions de tractament no farmacològic de la MPOC disponibles
--

11. Cal garantir l'ensinistrament en l'ús dels inhaladors dels pacients amb MPOC.

Avaluació: % de pacients amb MPOC amb registre a la història clínica d'ensinistrament tècnic en l'ús d'inhaladors

HCCC: situació identificada

12. Cal millorar l'adequació i la seguretat dels tractaments farmacològics.

Avaluació: % de pacients de MPOC amb tractament adequat segons l'estadiatge*
--

HCCC: dades de prescripció i estadiatge disponibles

* Es tracta d'evitar l'ús indiscriminat d'associacions d'agonistes beta 2 i corticoides inhalats. Alternativament es pot plantejar un indicador no dependent del registre de problema de salut i estadiatge construït a partir de dades de facturació de receptes i orientat específicament a mesurar la dispensació per CIP d'aquestes associacions respecte del total de medicaments comercialitzats per asma i/o MPOC. Seria molt més inespecífic.

13. Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi, amb base territorial, els criteris de l'abordatge multidisciplinari i integrat de la MPOC en situació de cronicitat complexa.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb ítem previst en la RA
HCCC: situació de complexitat identificada

14. Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi i permeti revisar els criteris d'indicació de l'oxigenoteràpia domiciliària.

Avaluació: % de territoris de la regió sanitària amb ítem previst en la RA i avaluació periòdica
HCCC: registre d'indicació activa d'O2

15. Els pacients amb MPOC tenen dret a rebre dels professionals informes clínics complets i veraçs respecte de la seva situació clínica i funcional.

Avaluació: audit. a història clínica
HCCC: informes clínics disponibles

Epíleg

Aquest document recull el treball fet al front sobre GPC del projecte estratègic 2.1 del Pla de salut 2011-2015, actualitzat en data 24 de juliol de 2012.

El plec de guies recomanades ha estat tramès a l'AIAQS per tal que des de l'oficina de GPC en facin l'ús que creguin oportú.

S'entén que el grau d'acompliment d'enquestes per part dels experts, així com el sistema de treball de detecció d'ECP, és adient per constituir un plec de recomanacions per a les condicions de salut objecte del consens.

Aquestes recomanacions han estat revisades pels plans directors de referència (o ens equivalents) i referendades per la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris.

Els grups de disseny de rutes assistencials (l'altre front del projecte 2.1) ja treballen amb aquesta versió del document i amb els rànquings de GPC de referència.

Cal entendre el plec de recomanacions com una cosa revisable, que pot (i ha de) ser revalorat en funció de les aportacions dels grups territorials que estan desenvolupant les rutes assistencials, així com pel col·lectiu de professionals que fan l'atenció directa als pacients inclosos.

En aquest sentit, les fites que proposa el document seran revisades al cap d'un any de la seva implantació.

Barcelona, 6 de setembre de 2012

Experts que han col·laborat en els processos de consens

Depressió

Maties Zamora	Àrea de l'Hospitalet de Llobregat. Hospital Benito Menni
Pere Bonet	Divisió de Salut Mental. Althaia
Esther Jordà	Pla director de salut mental i addiccions
Carles Franquelo	CSMA Sant Feliu de Llobregat. Hospital Sagrat Cor, Martorell. Germanes Hospitalàries del SCI
German Lopez- Cortacans	Grup de salut mental de la Camfic
Enric Aragonès	Grup de salut mental de la Semfyc
Ramon Descarrega	ABS Alcover
Anna Ribas	EAP Santa Eugènia de Berga. Institut Català de la Salut
Diego Palao	Salut mental. Consorci Sanitari de Parc Taulí
Inma Jódar	CSMA Mollet del Vallès
Jordina Capella	Subdirecció General de Drogodependències
Josep Pifarré	CatSalut. Regió sanitària de Lleida
Maite Garolera	Societat Catalana de Neuropsicologia
Narcís Cardoner	Servei de Psiquiatria. Hospital de Bellvitge. Institut Català de la Salut
Paulina Viñas	CatSalut. Regió Sanitària de Tarragona
Víctor Pérez	Unitat de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
Núria Rosell	EAP Sagrera (Barcelona). Institut Català de la Salut
Cristina Molina	Pla director de salut mental i addiccions
Rosa Calvo	Servei de psiquiatria i psicologia infantil i juvenil. Hospital Clínic (Barcelona)

Insuficiència cardíaca

Amparo Mena	EAP Congrès (Barcelona). Institut Català de la Salut
Lluís Cuixart	EAP Dreta de l'Eixample (Barcelona). Institut Català de la Salut
Mar Domingo	Grup de malalties del cor de la Camfic
Rosa Aragonès	EAP Gòtic (Barcelona). Institut Català de la Salut
Hèlia Cebrian	EAP Gòtic (Barcelona). Institut Català de la Salut
Ricard Tresserras	Pla director de malalties de l'aparell circulatori
Josep Comin	Unitat d'insuficiència cardíaca. Hospital del Mar (Barcelona)
Nicolas Manito	Unitat d'insuficiència cardíaca i trasplantament cardíac. Hospital Universitari de Bellvitge. Institut Català de la Salut
Paola Beltrán.	Servei de cardiologia. Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí). Institut Català de la Salut
Enrique Galve	Servei de cardiologia. Hospital de la Vall d'Hebron (Barcelona). Institut Català de la Salut
Jordi Balcells	Servei de cardiologia. Althaia
Josep Lupon	Servei de cardiologia. Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona). Institut Català de la Salut
Alfons Lopez-Soto	Servei de medicina interna. Hospital Clínic (Barcelona)

Diabetis mellitus 2

Pilar Roura	EAP Badia del Vallès. Institut Català de la Salut.
Belen Benito	EAP Raval Sud (Barcelona). Institut Català de la Salut
Marta Serra	EAP Ca n'Oriac (Sabadell). Institut Català de la Salut
Antonieta Vidal	EAP Balàfia (Lleida). Institut Català de la Salut
Xavier Cos	EAP Sant Marti (Barcelona). Institut Català de la Salut
Carmen Lecumberri	EAP Maria Bernades (Viladecans). Institut Català de la Salut
Pilar Isla	Escola Universitària d'Infermeria. Universitat de Barcelona
Mercè Folguera	Consell Català d'Infermeria
Maite Valverde	Servei d'endocrinologia. Hospital Mútua de Terrassa
Carmen Yoldi	Servei d'endocrinologia. Hospital Sant Joan de Déu
Conxa Castell	Servei d'educació sanitària i programes de salut. Departament de Salut
Eduard Montanya	Unitat de diabetis. Hospital Universitari Bellvitge. Institut Català de la Salut
Carles Zafon	Departament d'endocrinologia. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Institut Català de la Salut
Dídac Mauricio	Departament d'endocrinologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Institut Català de la Salut
Wifredo Ricart	Servei d'endocrinologia. Hospital Josep Trueta. Institut Català de la Salut
Josep Pou	Servei d'endocrinologia i nutrició. Hospital de Sant Pau

MPOC

Maria Antònia Llauger	EAP Encants (Barcelona). Institut Català de la Salut
Montserrat Mas	Grup MPOC de la Camfic
Pepi Valverde	CAP Sagrada Família (Barcelona). Consorci Sanitari Integral
Carme Graboleda	EAP Sarrià de Ter. Institut Català de la Salut
Lea Dominguez	EAP Encants (Barcelona). Institut Català de la Salut
Dolors Gomez Priego	EAP Encants (Barcelona). Institut Català de la Salut
Joan Escarrabill	Pla director de malalties de l'aparell respiratori
Rosa Güell	Servei de pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Eduard Monsó	Servei de pneumologia. Consorci Sanitari Parc Taulí
Antonia Llundell	Servei de pneumologia. Consorci Sanitari de Terrassa
Emili Marquillas	Servei de pneumologia. Althaia

Taxes de participació dels experts contactats

	% dels convidats que accepten participar	% dels convidats que compleixen totes les fases
MPOC	90%	90%
DM2	89%	83%
IC	87%	81%
Depressió	90%	90%