

Variabilidad de procesos de salud mental en Atención Primaria.

Pérez de Arriba J¹, Pinto Urizar J¹, Latorre K², Aizpuru F^{2,3}.

¹Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, ²Unidad de Investigación de Alava, Osakidetza, ³CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Resumen:

Introducción. El nivel primario de atención de salud asume la prevención en salud mental y la atención a la patología psiquiátrica no grave, pero la variabilidad en la asistencia a estos problemas es poco conocida. Este trabajo describe la variabilidad observada en las Unidades de Atención Primaria (UAPs) del País Vasco en la atención a algunos de los procesos de salud mental recogidos en la cartera de servicios y Plan de Salud vigentes.

Material y métodos. Se trata de un estudio de diseño descriptivo transversal realizado en dos ocasiones consecutivas en el periodo 2005 y 2006, sobre el total de historias clínicas informatizadas de adultos de la totalidad de UAPs de la Poner Comunidad Autónoma del País Vasco antes de CAPV. El análisis de los datos se realiza sobre el grupo de los cuatro procesos siguientes e incluye la atención al abuso de alcohol (bebedores de riesgo y bebedores problema), la depresión no grave (distimia, trastorno de adaptación con humor deprimido y reacción depresiva prolongada), los trastornos de ansiedad (estados de ansiedad, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de adaptación con ansiedad) y la demencia (psicosis orgánicas senil y presenil, otros síndromes cerebrales orgánicos y enfermedad de Alzheimer). El tratamiento estadístico de los datos incluye un análisis de la variabilidad mediante estadísticos descriptivos.

Resultados. En los procesos estudiados la mayoría de los indicadores presentan una variabilidad medio-alta. Los indicadores que experimentan mayor variabilidad son el uso de test específicos de detección y diagnóstico. En el bienio estudiado los registros presentan un incremento de casos registrados, en general, un aumento del cumplimiento de los criterios de calidad y una disminución de la variabilidad.

El cribado de abuso de alcohol presenta niveles discretos de cobertura, en torno a la cuarta parte de las personas entre 14 y 65 años, en el año 2006, y los indicadores de atención al abuso de alcohol muestran una variabilidad medio-alta.

En la atención a la depresión ha habido un incremento positivo, respecto a 2005, del registro de casos y realización de los indicadores asociados excepto en la exploración de las ideas suicidas.

Los trastornos de ansiedad arrojan una prevalencia del 5,78% alcanzando en alguna UAP un valor superior al 15% poblacional. Este proceso en su conjunto refleja una variabilidad alta, habiéndose producido incrementos respecto al año 2005 en el registro de todos los indicadores.

El registro de casos de demencia en 2006 es del 53,98%, encontrándose UAPs con niveles superiores al 100% teórico esperado, es decir por encima de la prevalencia del 5% teórica esperada. Los indicadores de atención (test de valoración, diagnóstico diferencial, y valoración sociofamiliar y plan de cuidados) han experimentado un retroceso durante el año 2006. La variabilidad es muy alta en el uso de test de valoración y el diagnóstico diferencial.

Conclusiones. Los resultados muestran que la atención primaria está lejos de proporcionar un abordaje homogéneo a los pacientes con problemas de salud mental, existiendo notables diferencias en los registros dependiendo de la UAP que proporcione la atención. De esto se deduce que existen importantes variaciones individuales entre los profesionales a la hora de reflejar en un registro la atención proporcionada a los pacientes con problemas de salud mental. La difusión de estos datos ayudará a reconocer áreas de mejora de la calidad y de la continuidad en la asistencia de los problemas de salud mental.

Introducción

Aparte de la elevada incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, su presencia conlleva un sufrimiento y desestructuración de gran calado en los pacientes, sus familias y su entorno cercano, y una importante carga económica para los sistemas de salud.

La atención a la salud mental en el ámbito de atención primaria se ha caracterizado por la dificultad de establecer diagnósticos y tratamientos de base científica, la escasez de instrumentos que midan la efectividad de la atención misma, un amplio consumo farmacológico de elevado gasto¹, y por las dificultades de coordinación con los diferentes servicios sanitarios y sociales. Sin embargo, el nivel primario, en la medida que asume la prevención en salud mental y la patología psiquiátrica no grave, se hace imprescindible para el desarrollo del modelo comunitario de atención mental y la minoración del excesivo peso del modelo asistencial biológico, menos rentable desde una perspectiva sociosanitaria.

La cartera de servicios sanitarios de atención primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) recoge una serie de procesos de atención a adultos sometidos a evaluación anual. El conjunto de estos procesos, que abarcan diversas áreas de la atención primaria, reciben la etiqueta de oferta preferente de servicios de atención primaria en base a la consideración de estar recogidos en los objetivos del Plan de Salud vigente en esta comunidad². En el área concreta de la salud mental esta oferta de servicios derivada de dicho Plan de Salud se centra, de manera no exclusiva, en cuatro procesos: el abuso de alcohol, la depresión, los trastornos de ansiedad, y la demencia. La concreción y desarrollo de estos servicios se evalúa anualmente mediante la medición del cribado del abuso de alcohol, el registro de casos de cada uno de los procesos y la medición del grado de desarrollo de los respectivos indicadores de buena práctica clínica. Los criterios de buena práctica clínica son indicadores de calidad de proceso que miden básicamente la cantidad de servicios prestados y no son, por tanto, indicadores de resultado³.

El registro de casos de demencia está sujeto a una variabilidad moderada, no así el proceso de atención a este problema donde la variabilidad es muy grande e incluso se obtienen peores resultados en los criterios de buena atención del segundo año de medición.

Por otra parte, entre las limitaciones que pueden afectar a este trabajo están: 1) la desigual implantación de la historia clínica informatizada en las UAPs de Osakidetza; 2) la consideración extendida entre médicos de familia de los trastornos depresivos y mentales en general como enfermedades crónicas o recurrentes; 3) la falta de información sobre episodios de comorbilidad solapados; y 4) que para la mejora de la calidad, este tipo de análisis debería trasladarse a la menor unidad posible (médico, enfermera de cupo).

Siendo que la contratación de servicios sanitarios tiene el efecto de mejorar los registros, y dado que los indicadores estudiados se limitan a monitorizar el proceso asistencial, no se puede decir en rigor que estemos procurando mejoras a nivel de resultados en salud, aunque entendemos que los registros son condición necesaria pero no suficiente para la calidad asistencial¹². En ese sentido el panorama que pinta este trabajo es positivo aunque no lleguemos a visualizar los resultados intermedios, como sería disponer de indicadores que recogieran la mejoría y recaídas de los enfermos en estas patologías, lo que daría muchas pistas sobre la calidad asistencial. En este sentido, en una oferta de servicios, derivada de un plan de salud, la relación entre indicadores de calidad e indicadores de resultado, es compleja y difícil de demostrar y se echa en falta la existencia de estándares en prevención, asistencia y rehabilitación.

En conclusión, pensamos que desde la implantación de Osabide se ha avanzado un gran trecho en el registro y abordaje de problemas de salud mental considerados prioritarios por el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. La historia informatizada es un instrumento necesario para la implantación sistemática de programas de salud mental, sean asistenciales o preventivos¹³, y para su evaluación. Asimismo, la variabilidad observada en casi todos los indicadores incluidos en este estudio indica a la necesidad de más formación continuada en salud mental, sobre todo en herramientas diagnósticas, y mayor coordinación con los servicios especializados.

Bibliografía

1. Brotons Cuixart C, Moral Pelaez I, Pitarch Salgado M, Sellarès Sallas J, Bohigas Santasusana L, da Pena Álvarez JM. Estudio evaluativo de los costes asistenciales en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007; 39: 485-9.
2. Políticas de salud para Euskadi: Plan de Salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 2002.
3. Segovia Pérez C, Gonzalez Maria E. La cartera de servicios en atención primaria: una revisión de la literatura. *Rev Adm Sanit Siglo XXI*. 2003; 1(4): 601-18.
4. Encuesta de Salud de Euskadi - ESCAV 2002. Vitoria-Gasteiz. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 2003.
5. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004; 34(1): 21-35.
6. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Patricia Casey et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001; 179:308-16.
7. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res*. 2007; 41(3-4): 207-213.
8. Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 529-35.
9. Garre Olmo J, López Pousa S, Monserrat Vila S, Pericot Nierga I, Turon Estrada A, Lax Pericall C. Viabilidad de un registro de demencias: características clínicas y cobertura diagnóstica. *Rev Neurol*. 2007; 44 (7): 385-391.
10. Urraca J, Berraondo I, Darpón J, Orueta JF. ¿Es factible que los médicos de primaria utilicen CIE-9-MC?: Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas. *Gac Sanit*. 2006, 20 (3):194-201.
11. Segura Garcia L, Gual Solé A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte A, Colom Farranc J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2006; 37: 484-8.
12. van Driel ML, De Sutter AI, Christiaens TC, De Maeseneer JM. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2005; 11(5): 417-29.
13. Tizón García JL, Buitrago Ramirez F, Ciurana Miso R, Chocron Bentata L, Fernandez Alonso C, Garcia Campayo J et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28 (supl 2): 106-70.

Desde el año 2000, como consecuencia de la incorporación de estas actividades al contrato-programa, se realizan evaluaciones anuales consecutivas mediante muestreo y revisión manual de historias clínicas. A partir del año 2005, el objeto de la evaluación ha pasado a ser el total de historias clínicas informatizadas abiertas de cada una de las 129 Unidades de Atención Primaria (UAPs) en las que se divide la comunidad. Los datos que presentamos se refieren, por tanto, a la evaluación consecutiva durante dos años de 19 indicadores en esas 129 UAPs, aunque la mayoría de los datos presentados se refieren al año 2006.

Con este estudio se pretende realizar un análisis de la variabilidad que refleje la homogeneidad o disparidad con que se abordan estos cuatro diferentes procesos clínicos relacionados con la salud mental de personas adultas. Su interés radica en poder generar análisis de datos que impulsen, a profesionales y gestores, al desarrollo de ofertas de servicios compactas y homogéneas a nivel de las unidades que componen las comarcas sanitarias, y detectar incoherencias en el proceso de atención sanitaria.

Metodología

La atención primaria en la CAPV está organizada en 7 comarcas sanitarias, divididas en un total de 129 UAPs que engloban 1.141 cupos de medicina general o pediatría y que al inicio del

ejercicio 2006 atendían una población con la tarjeta individual sanitaria de 2.206.147 personas.

La informatización de la historia clínica en la CAPV es universal en el nivel primario de atención desde hace tres años, aunque algunos centros y comarcas iniciaron el despliegue de la aplicación informática Osabide dos años antes. En la práctica clínica diaria se produce algún tipo de registro en más del 80% de los contactos que realizan los pacientes con los sanitarios.

La obtención de los datos ha seguido un diseño descriptivo transversal, realizándose la medición de las variables, de forma consecutiva, en septiembre de 2005 y de 2006, sobre el total de historias clínicas abiertas y activas, en las 129 Unidades de Atención Primaria (UAPs) del Servicio vasco de salud - Osakidetza.

Poblaciones diana

La delimitación de las poblaciones diana se resume en el cuadro 1. Para el cálculo del porcentaje de cumplimiento del cribado del abuso de alcohol se ha tomado como denominador la población que tiene historia abierta activa en el momento de la evaluación. Sin embargo para el cálculo de los porcentajes de pacientes esperados registrados en cada una de las patologías consideradas se toma como denominador la población registrada con tarjeta individual sanitaria posteriormente corregida por la prevalencia teórica esperada.

Cuadro 1: Resumen de poblaciones diana, indicadores y criterios de buena atención.

	Población diana	Indicador	Criterio
Abuso de alcohol	Población 14-65 años	Cribado	Interrogatorio sobre consumo de alcohol
	Bebedores de riesgo >15 años esperados según la prevalencia estimada (10,2% ⁴)	Registro	Porcentaje de población registrada esperada
		Test dependencia	Cage camuflado, test de Malt, test de Audit
		Intervención breve	Entrevista motivacional, información escrita, etc.
		Estudio analítico	Determinación de GGT, GOT, VCM
		Oferta deshabituación	Oferta de seguimiento en AP o en salud mental
		Situación familiar	Valoración de la situación familiar y de necesidad de intervención de servicios sociales
Depresión	Casos esperados según prevalencia estimada (5% ⁵⁻⁷)	Registro	Porcentaje de población registrada esperada
	Diagnosticados último año	Valoración	Escala de Goldberg, Hamilton, Beck; valoración situación familiar
		Ideas suicidas	Exploración de ideas de suicidio
		Seguimiento y evolución	2 visitas antes de 60 días tras el diagnóstico
Ansiedad	Casos esperados según prevalencia estimada (5% ⁸)	Registro	Porcentaje de población registrada esperada
	Diagnosticados último año	Valoración	Escala de Goldberg o test EADG u otra escala validada
		Seguimiento	1 visita antes de 15 días tras el diagnóstico
Demencia	Casos esperados en > 64 años, según prevalencia estimada (5% ⁹)	Registro	Porcentaje de población registrada esperada
	Diagnosticados último año	Valoración	Instrumentos específicos: MEC, MEC (Lobo),...
		Diagnóstico diferencial	Descartar demencia secundaria: anamnesis, exploración, analítica, serología, TAC, interconsulta
	Todos los diagnosticados	Situación familiar	Valoración situación familiar y cuidador
		Plan de cuidados	Plan individual; actualización anual

Definición de variables

1. Abuso de alcohol: en este concepto entran tanto los bebedores de riesgo, cuyo consumo es cuantificado por consumos específicos expresados en gr/semana o por gr/día (en el período de un mes), como los bebedores problemaⁱ.
2. Depresión: incluye pacientes mayores de 13 años en cuya historia clínica conste alguna referencia (anamnesis) dirigida a la detección y diagnóstico de depresión y diagnosticados de trastorno depresivo, actualizado en los últimos 5 años, con los códigos CIE-9-MC 300.4 (distimia), 309.0 (trastorno de adaptación con humor deprimido) y 309.1 (reacción depresiva prolongada). Excluye las psicosis afectivas (depresión mayor y trastornos bipolares).
3. Ansiedad: incluye pacientes con una edad superior a 13 años diagnosticados de ansiedad en cuya historia clínica conste alguna referencia (anamnesis) dirigida a la detección y diagnóstico de ansiedad, actualizado en los últimos 5 años, y con alguno de los códigos CIE-9-MC 300.x (estados de ansiedad), 309.21 (trastorno de ansiedad por separación) ó 309.24 (trastorno de adaptación con ansiedad).
4. Demencia: incluye pacientes mayores de 64 años diagnosticados de demencia en cuya historia clínica conste alguna referencia (anamnesis) dirigida a la detección y diagnóstico, con los códigos CIE-9-MC 290.x (psicosis orgánicas senil y presenil), 294.8 (otros síndromes cerebrales orgánicos) y 331.0 (enfermedad de Alzheimer).

Análisis

Con base en los datos 2006, para cada uno de los indicadores se han calculado los siguientes estadísticos: proporción de cumplimiento del indicador, mediana, valor mínimo y máximo, percentiles 25 y 75, razón de variación entre los percentiles 25 y 75 y los coeficientes de variación ponderados por la población diana de cada UAP. La razón de variación expresa la variación en el 50% central de las UAPs estudiadas mientras que los coeficientes de variación expresan el valor de la desviación estándar en unidades de media, con la ventaja frente a la desviación estándar de no depender de aquéllas. La ponderación por UAP permite que cada valor esté ajustado por el peso poblacional que representa en el conjunto de la comunidad. Su valor numérico se ha interpretado a efectos de este trabajo en tres rangos de variabilidad: baja ($CV < 0,25$), media ($CV 0,25 - 0,50$), alta ($CV > 0,50$).

Con el fin de tener una perspectiva temporal también se muestran en las tablas la variación 2005-2006 en la proporción de cumplimiento de cada indicador.

Se han confeccionado gráficos de puntos (dotplot) para representar gráficamente la variabilidad del cumplimiento de los indicadores en las distintas UAPS.

Resultados: Abuso del alcohol.

En la tabla 1 se detallan los resultados obtenidos para el programa "Abuso de Alcohol". En todos los indicadores de atención al abuso de alcohol se observa una variabilidad de tipo medio-alta, reflejada en coeficientes de variación entre 0,44 y 0,68 y unas razones de variación (RV_{25-75}) entre 1,95 y 3,03.

Tabla 1: ABUSO DEL ALCOHOL. (bebedores de riesgo y bebedores problema)

	CRIBADO	Registro	Test de dependencia	Consejo e intervención	Oferta de deshabituación	Estudio Analítico	Valoración situación familiar
Población diana	1.616.389	2.025.229	19.215	19.215	2.346	19.215	22.159
Media (Δ 2005-2006)	26,71% (11,37%)	10,73% (2,43%)	26,22% (7,67%)	26,22% (7,67%)	44,42% (9,88%)	54,00% (-1,45%)	22,74% (9,71%)
Mediana	27,06%	11,76%	21,31%	21,33%	47,81%	52,38%	19,33%
Valor Mínimo	0,31%	0,94%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Valor Máximo	69,45%	29,41%	100,00%	100,00%	90,91%	100,00%	83,51%
Percentil 25	20,02%	7,96%	12,09%	12,81%	27,81%	35,14%	11,10%
Percentil 75	41,11%	15,51%	36,67%	36,94%	63,56%	67,39%	32,54%
RV_{25-75}	2,05	1,95	3,03	2,88	2,29	1,92	2,93
CV p/UAP	0,46	0,51	0,68	0,68	0,53	0,44	0,56

(Δ 2005-2006): variación de la proporción de cumplimiento del indicador en el periodo 2005-2006; RV_{25-75} : razón de variación entre los percentiles 25 y 75; CV p/UAP: coeficientes de ponderados por la población diana de cada UAP.

ⁱ ABSTEMIO: persona que nunca bebe de manera habitual, aunque ocasionalmente tome pequeña cantidad. BEBEDOR MODERADO: persona que consume de manera habitual pero por debajo de riesgo (menos de 280 gr de alcohol por semana en varones, ó 168 gr de alcohol por semana en mujeres o menos de 180 por día un día al mes). BEBEDOR DE RIESGO: en hombres, consumo mayor de 280 gr de alcohol por semana; en mujeres, consumo mayor de 168 gramos de alcohol por semana. En ambos sexos también se considera bebedores de riesgo los episodios de consumo mayores de 80 gr una vez al mes ó episodios de binge drinking. BEBEDOR "PROBLEMA": persona que, a causa de su consumo de alcohol, presenta algún "problema" físico, psíquico, familiar, social, legal o con síndrome de dependencia al alcohol.

Tabla 2: Depresión. (distimia, trastorno de adaptación con humor deprimido y reacción depresiva prolongada)

	Registro	Test Valoración depresión	Exploración ideas de suicidio	Seguimiento y evolución	Situación familiar
Población diana	2.046.093	13.289	13.264	3.487	13.289
Media (Δ 2005-2006)	61,28% (11,67%)	19,69% (6,68%)	33,32% (-5,22%)	67,82% (22,65%)	19,69% (6,68%)
Mediana	58,31%	17,86%	29,30%	61,54%	17,86%
Valor Mínimo	7,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Valor Máximo	131,44%	94,44%	100,00%	100,00%	94,44%
Percentil 25	45,26%	8,06%	12,20%	42,86%	8,06%
Percentil 75	72,64%	36,90%	57,69%	75,00%	35,64%
RV ₂₅₋₇₅	1,61	4,58	4,73	1,75	4,53
CV p/UAP	0,37	0,88	0,75	0,25	0,87

(Δ 2005-2006): variación de la proporción de cumplimiento del indicador 2005-2006; RV₂₅₋₇₅: razón de variación entre los percentiles 25 y 75; CV p/UAP: coeficientes de ponderados por la población diana de cada UAP.
Prevalencia observada (casos registrados/población diana): 63.133 / 2.060.552 = 3,06%.

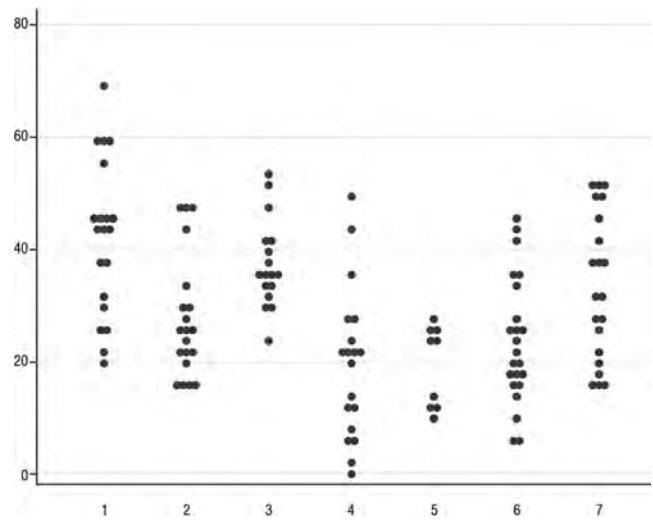


Figura 1: Cribado del Abuso de Alcohol. Variabilidad en las siete comarcas de Atención Primaria de la CAPV. Cada punto representa una UAP.

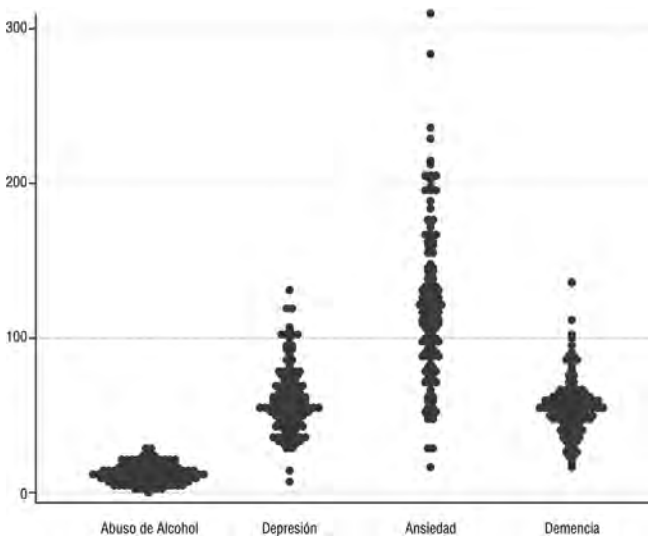


Figura 2: Porcentaje de casos registrados sobre esperados en cada uno de los programas. Cada punto representa una UAP. Abuso de Alcohol, Depresión, Ansiedad y Demencia.

El cribado de abuso de alcohol presenta niveles discretos de cobertura, en torno a la cuarta parte de la población diana (personas entre 14 y 65 años con historia clínica activa). La variabilidad dentro de las comarcas se hace evidente comparando gráficamente unas comarcas con otras (Figura 1), aunque atendiendo a los estadísticos RV₂₅₋₇₅ y CV p/UAP su rango es de tipo medio. Esta variabilidad se refleja también observando que la UAP con mejor puntuación llega a cribar al 70% de la población entre 14 y 65 años y por el contrario, otras muchas UAPs casi no han comenzado a reflejar esta práctica en la aplicación Osabide. Sobre una población diana de 2.025.229 y una proporción teórica del 10,2% de bebedores de riesgo o problema entre 14 y 65 años (206.573 personas) se han registrado 22.159 casos de abuso de alcohol (10,73% de los esperados) (Figura 2). Ninguna UAP registra más de un tercio de los casos esperados

(valor máximo = 29,41%) en base a la prevalencia teórica tomada. La variabilidad entre centros de salud en este tipo de registro es media-alta. En cuanto a los indicadores de buena atención, los test de dependencia alcohólica se aplican al 26,22% de los bebedores de riesgo detectados, y en la misma magnitud se realiza el consejo e intervención breve a los bebedores de riesgo con o sin dependencia, observándose una variabilidad similar de rango alto en ambos criterios. La oferta de deshabituación a los bebedores problema presenta una variabilidad alta y se ha realizado en el 44,42% de los casos conocidos o previamente detectados. El estudio analítico muestra una variabilidad media y se realiza al 54% de los casos registrados de abuso de alcohol. La valoración sociofamiliar de los bebedores de riesgo o problema se realiza de media en el 22,74% de los casos detectados y la variabilidad se considera alta (Figura 3).

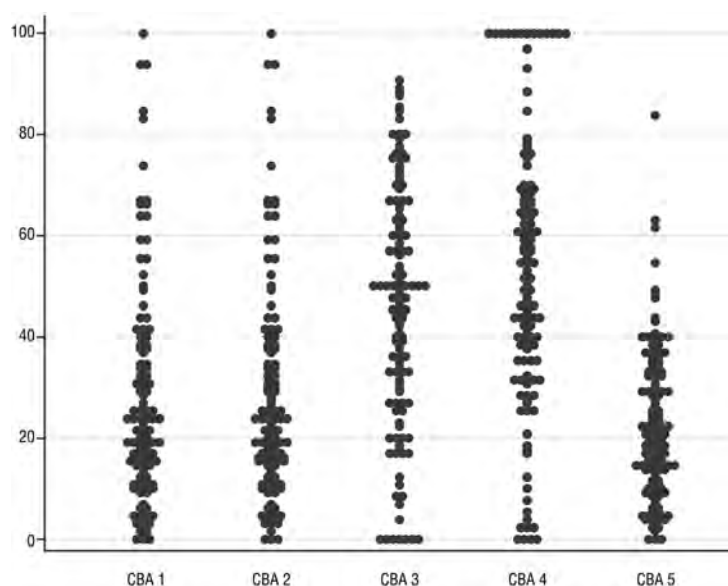


Figura 3: Criterios de buena atención en abuso de alcohol. (porcentaje de cumplimiento sobre casos registrados). Cada punto representa una UAP. CBA 1: Test de Dependencia, CBA 2: Consejo e intervención, CBA 3: Oferta de deshabituación, CBA4: Estudio Analítico, CBA 5: Valoración situación familiar.

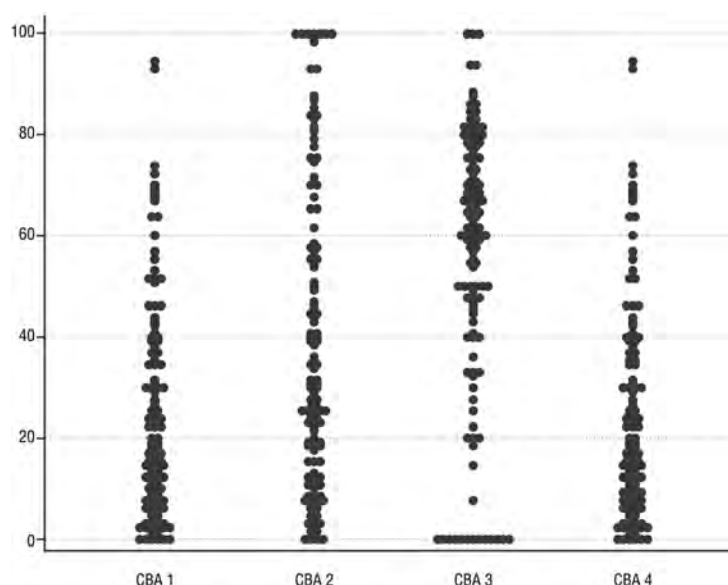


Figura 4: Criterios de buena atención en depresión. (porcentaje de cumplimiento sobre casos registrados). Cada punto representa una UAP. CBA 1: Test valoración de depresión, CBA 2: Exploración de ideas de suicidio, CBA 3: Seguimiento y evolución, CBA 4: Valoración situación familiar.

Depresión

En la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos para el programa de “Depresión”. Como se observa la cumplimentación del conjunto de indicadores ha experimentado un incremento positivo con respecto a 2005, con la excepción del indicador que valora la exploración de las ideas suicidas.

El registro de casos alcanza el 61,28% de los casos esperados con una variabilidad media entre UAPs (Figura 2). El diagnóstico del estado depresivo con instrumentos específicos y la valoración de la situación familiar del enfermo se realizan en el 19,69% de los casos registrados, observándose una amplísima variabilidad en este indicador. La exploración de ideas suicidas se realiza en la tercera parte de los casos, aunque este porcentaje ha registrado un decremento respecto al año anterior. Su variabilidad es muy alta con un $CVp=0,75$. Por otra parte el seguimiento pautado se realiza en el 67,82% de los casos registrados, con variabilidad media ($CVp=0,25$) (Figura 4).

Ansiedad

En la tabla 3 se detallan los resultados obtenidos para el programa de “Ansiedad”.

El registro de los indicadores de ansiedad respecto a 2005 se ha incrementado entre un 8 y un 17%. El registro de casos obtenido, 115,58%, es superior a los casos esperados según la prevalencia teórica estimada -5%- . Una cuarta parte de las UAPs identifican como trastornos de ansiedad un 46% de casos mayor del dintel teórico correspondiente (Figura 2). El seguimiento de la evolución de estos pacientes es registrado en un 56,55%, mientras que el uso de test de valoración diagnóstica se sitúa en un nivel del 22,25% con una enorme variabilidad entre UAPs en ambos indicadores ($CVp=0,84$) (Figura 5).

Tabla 3: Ansiedad. (estados de ansiedad, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de adaptación con ansiedad)

	Registro	Test valoración ansiedad	Seguimiento y evolución
Población diana	2.023.116	21.535	3.984
Media (Δ 2005-2006)	115,58% (13,89%)	22,25% (8,36%)	56,55% (17,19%)
Mediana	116,65%	20,34%	50,45%
Valor Mínimo	17,21%	0,00%	0,00%
Valor Máximo	310,84%	100,00%	100,00%
Percentil 25	88,41%	10,34%	34,22%
Percentil 75	146,16%	38,46%	62,62%
RV ₂₅₋₇₅	1,65	3,72	1,83
CV p/UAP	0,42	0,84	0,28

(Δ 2005-2006): variación de la proporción de cumplimiento del indicador 2005-2006; RV₂₅₋₇₅: razón de variación entre los percentiles 25 y 75; CV p/UAP: coeficientes de ponderados por la población diana de cada UAP.
Prevalencia observada (casos registrados/población diana): 116.913/ 2.023.116= 5,78%

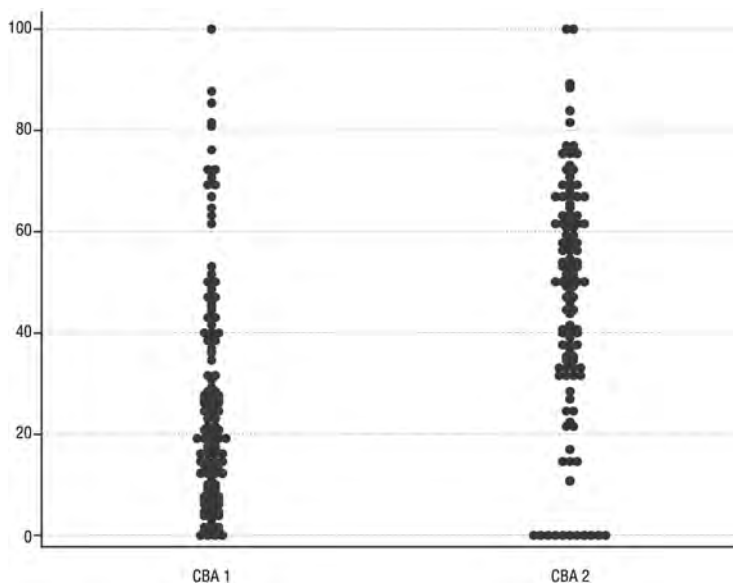


Figura 5: Criterios de buena atención en trastornos de ansiedad. (proporción de cumplimiento sobre casos registrados). Cada punto representa una UAP. Leyenda CBA 1: Test valoración de ansiedad, CBA 2: Seguimiento y evolución.

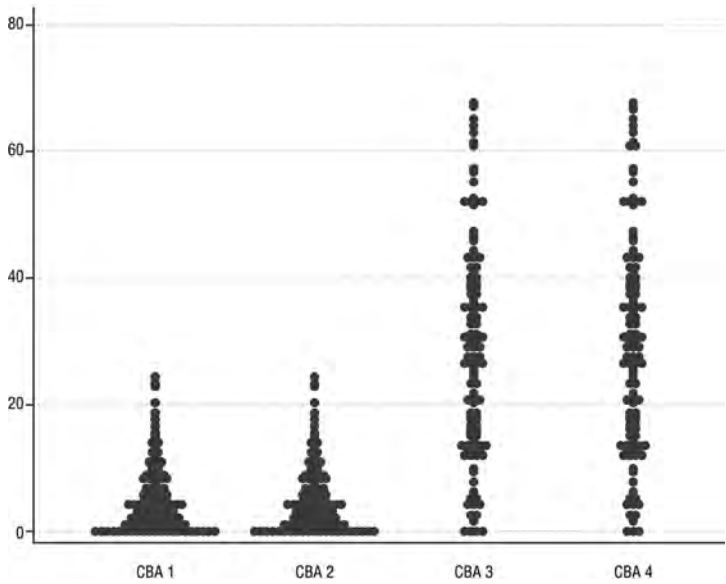


Figura 6: Criterios de buena atención en demencia. (proporción de cumplimiento sobre casos registrados). Cada punto representa una UAP. Leyenda: CBA 1: Test valoración de demencia, CBA 2: Diagnóstico diferencial, CBA 3: Situación sociofamiliar del cuidador CBA 4: Plan de cuidados individualizado.

Tabla 4: Demencia. (psicosis orgánicas senil y presenil, otros síndromes cerebrales orgánicos y enfermedad de Alzheimer)

	Registro	Test valoración demencia	Diagnóstico diferencial	Situación sociofamiliar y cuidador y plan de cuidados individualizado
Población diana	451.329	11.932	11.932	11.932
Media (Δ 2005-2006)	53,98% (4,37%)	4,69% (-8,32%)	4,88% (-33,66%)	27,04% (-18,13%)
Mediana	54,64%	3,61%	3,85%	27,49%
Valor Mínimo	16,83%	0,00%	0,00%	0,00%
Valor Máximo	136,36%	24,27%	24,27%	67,48%
Percentil 25	45,95%	1,19%	1,19%	14,29%
Percentil 75	62,62%	7,41%	7,84%	38,57%
RV ₂₅₋₇₅	1,36	6,22	6,59	2,70
CV p/UAP	0,30	1,00	0,98	0,55

(Δ 2005-2006): variación de la proporción de cumplimiento del indicador 2006-2005; RV₂₅₋₇₅: razón de variación entre los percentiles 25 y 75; CV p/UAP: coeficientes de ponderados por la población diana de cada UAP
Prevalencia observada (casos registrados/población diana): 12.182 / 451.329 = 2,70%

Demencia

En la tabla 4 se detallan los resultados obtenidos para el programa de “Demencia”. Tomando este proceso en su conjunto observamos una alta variabilidad, así como un decremento en el registro de variables respecto al año 2005.

El registro de casos es del 53,98%, habiendo algunas UAPs con niveles superiores al 100% teórico esperado, lo que señala que algunas unidades alcanzan valores superiores a la prevalencia teórica del 5% (Figura 2). El uso de test específicos de detección, el diagnóstico diferencial con las demencias reversibles, y la exploración sociofamiliar y el plan de cuidados individualizado han experimentado descensos considerables, respecto al 2005, del 8,32%, 33,66% y 18,13% respectivamente (Figura 6). La variabilidad, entre centros de salud, en todos estos indicadores es muy amplia, con valores de CVp que oscilan entre 0,30 para el registro y 1 para el test de valoración de demencia.

Comentarios

Aunque el sistema sanitario se declara universal, solidario y equitativo, estamos lejos de proporcionar un abordaje homogéneo a los pacientes con problemas de salud mental en el nivel primario de salud. Dado que todavía los registros informáticos que han servido para este estudio son de reciente implantación, no podemos hablar de tasas estables ni de valores suelo o techo para los indicadores medidos. Por el contrario, creemos que sirven para comprender la variabilidad de la práctica médica en el campo específico de la salud mental atendida en el nivel primario de salud. Por otra parte, es factible que los médicos de atención primaria alcancen un alto grado de calidad en la clasificación de diagnósticos mediante CIE-9-MC mediante la implantación de medidas de evaluación, corrección de errores e información¹⁰. Los datos presentados en este estudio muestran un incremento anual global en torno al 10% en el registro de la mayoría de los indicadores relacionados, en los dos años de observación. La salvedad a estos incrementos de registro de un año a otro es el proceso de atención a la demencia donde cae el registro de indicadores de proceso.

En el primer problema de salud que estudiamos, el abuso de alcohol, las medianas de cribado en las UAPs se colocan entre el 20-40% de sus poblaciones diana. Estos resultados son similares a otros obtenidos en Cataluña¹¹, donde los autores abogan por mejorar el cribado e impulsar la formación de los profesionales. En dos comarcas existen varias UAPs en las que no se alcanza el 10% del cribado, lo que nos lleva a pensar que existen dificultades para registrar esta actividad, tales como falta de tiempo en consulta, refractariedad al uso del ordenador o déficit de formación en el abordaje del alcoholismo. Por el otro extremo, otras UAPs se acercan o superan el 60%, lo que avala la factibilidad de esta actividad en consulta. La prevalencia detectada del abuso de alcohol sólo alcanza, en el mejor de los casos, un tercio de la prevalencia estimada, lo cual orienta a pensar que el abuso de alcohol no se registra sistemáticamente. Todo esto apunta también a una cierta resistencia de los sanitarios a registrar este problema de salud y a una tolerancia que enlaza con la misma actitud en nuestra sociedad. Respecto a los indicadores considerados como criterios de buena atención, el panorama es muy variado primando la realización de analíticas y la oferta de deshabituación a los pacientes.

En la atención a los trastornos distímicos, trastornos de adaptación con humor deprimido y reacción depresiva prolongada, la prevalencia detectada se aproxima al 5% teórico y en algunos centros se supera, lo que sugiere a que la prevalencia real en nuestra población se encuentra por encima de ese punto. La utilización de test diagnósticos de depresión es muy variable, así como la exploración de las ideas de suicidio, que además ha registrado un retroceso respecto al primer año considerado en el estudio.

En el apartado de los trastornos de ansiedad observamos una amplia variación en las prevalencias registradas en las distintas UAPs. En conjunto hay un sobrerregistro de trastornos de ansiedad respecto a los casos esperados. Esto se puede deber a que la prevalencia real observada supera ya el 5% teórico que recoge la cartera de servicios, o a una formación insuficiente de los médicos en este tema, lo que lleva a una incorrecta clasificación de los síntomas y signos. También hay que destacar el variable, muchas veces insuficiente, uso de instrumentos o test de valoración.