fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria.

Evaluation of referrals to a Mental Health Center from Primary Care.

José María Ferreras Amez[1], Raquel Sanjuán Domingo[2], Mª Pilar Elías Villanueva[3], Carmen Sánchez Lázaro[4], Mariano Blasco Valle[2], María del Mar Yagüe Sebastián[5]
1.- Médico de Familia. Urgencias Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
2.- Médico de Familia. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.
3.- Médico de Familia y Psiquiatra. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
4.- Psiquiatra. Centro de Salud Mental Delicias. Zaragoza.
5.- Médico de Familia. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.
Correspondencia: Dra. Sanjuán. sanjuanraquel@hotmail.com

Citar como: Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Yagüe Sebastián MM. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. fml. 2011; 15(4):5p
Disponible en: http://www.revistafml.es/articulo/269/evaluacion-de-las-derivaciones-a-un-centro-de-salud-mental-desde-atencion-primaria/

Recibido el 7/07/2011
Aceptado el 01/10/2011
Publicado el 5/12/2011

Palabras clave (MeSH): Atención primaria de salud, servicios de salud mental, remisión y consulta

Resumen

Introducción. El objetivo fue evaluar el perfil, el tipo de tratamiento y el seguimiento de los pacientes que se derivan a un centro especializado en Salud Mental desde las consultas de Atención Primaria.

Diseño del estudio. . Estudio observacional prospectivo.

Población de estudio. Todos los pacientes derivados al centro de Salud Mental desde Atención Primaria durante 3 meses.

Variables estudiadas. Sexo, síntomas referidos, tipo de derivación, seguimiento por el centro de salud mental, tratamiento previo y diagnóstico según la CIE-10. Se procedió a informatizar los datos para su procesamiento estadístico.

Resultados. Muestra : 108 pacientes (53,7% fueron mujeres). El motivo de derivación en el 74,07% de los casos eran síntomas depresivos o ansioso-depresivos. No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad en función de los síntomas .Sólo se halló significación estadística en cuanto al sexo en el caso de abuso de tóxicos; y en cuanto al tipo de derivación, ésta se hace de forma urgente cuando se trata de ideas de suicidio; además de no realizarse seguimiento en el caso de abuso de tóxicos. El 78% de los pacientes acuden a la consulta con un tratamiento pautado desde su médico de atención primaria. De forma global, sí que cambió el tratamiento inicialmente pautado de forma significativa (p=0,001).

Conclusiones. El Médico de Atención Primaria es capaz de manejar la patología psiquiátrica no grave, desempeñando un papel fundamental en la salud mental. La adecuada interrelación con atención especializada constituyen una pieza clave en el buen funcionamiento diario.

Keywords (MeSH): Primary health care, mental health services, referral and consultation

Abstract

Introduction. The objective was to evaluate the profile, the type of treatment and monitoring of patients who are referred to a center specializing in mental health from primary care consultations.

Study Design. . Prospective observational study.

Study population. All patients referred to the Mental Health Center from primary care for 3 months.

Variables studied. Sex, reported symptoms, type of referral, follow-up mental health center, previous treatment and diagnosis according to ICD-10. We proceeded to computerize the data for statistical processing.

Results. Sample: 108 patients (53.7% women). The reason for referral in 74.07% cases were anxious-depressive symptoms or depression. No statistically significant differences in terms of age depending on the symptoms. Only found statistical significance of gender in the case of toxic abuse, and in the type of derivation, it is a matter of urgency when it comes of suicidal ideation, also in the absence of monitoring for toxic abuse. 78% of patients attending a consultation with a prescribed treatment from their primary care physician. Overall, it does initially scheduled treatment changed significantly (p = 0.001).

Conclusions. The GP is capable of handling non-severe psychiatric pathology, playing a key role in mental health. Proper interaction with specialized care are a key piece in the daily functioning.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Introducción

La patología psiquiátrica tiene una alta prevalencia en la consulta de Atención Primaria (AP). Varios estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia en la consulta general entre el 25 y el 40%[1,2], llegando hasta un 60 % en el caso de los hiperfrecuentadores [3,4].

En España, alrededor de un 10% de la población padece algún tipo de trastorno mental y hasta un 25 % lo padecerá a lo largo de su vida[5]. Este tipo de patologías tienen un alto impacto en la calidad de vida del paciente, siendo superior a otras enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus o la Hipertensión arterial.

El médico de familia constituye la puerta de entrada del paciente al sistema de salud. Por tanto, desempeña un papel fundamental para diagnosticar, prescribir y realizar interconsulta con especializada. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes que visita presentan una patología psiquiátrica, lo que implica una gran parte de su actividad diaria. Para cumplir con los estándares de la atención primaria el médico debe asegurar una asistencia personalizada, integrada, continuada y permanente[6]. Por eso, teniendo a favor la accesibilidad de los pacientes, es fundamental diagnosticar lo antes posible e iniciar un tratamiento correcto para aliviar los síntomas de este tipo de patologías psiquiátricas. Además, se debe realizar también un seguimiento al enfermo de forma constante así como a los cuidadores de estos pacientes. En cualquier caso, debe existir una correcta coordinación entre atención primaria y especializada en Salud Mental.

El objetivo del presente estudio es evaluar el perfil, el tipo de tratamiento y el seguimiento de se derivan a un centro especializado en Salud Mental desde las consultas de un área de salud de atención primaria.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo de los pacientes derivados desde Atención Primaria a un Centro de Salud Mental durante un período de 3 meses.

El Centro de Salud Mental Delicias de Zaragoza, constituye el centro de referencia de atención especializada psiquiátrica del área III. Junto con las consultas del Hospital Clínico Universitario atienden a una población de referencia de 300.000 personas.

El criterio de inclusión que se estableció fue el de todo paciente derivado desde atención primaria ya sea como primera visita o como revisión de un mismo proceso, a lo largo de 3 meses, durante el período comprendido entre Septiembre de 2010 a Diciembre de 2010.

Tabla 1. Clasificación CIE-10 de enfermedades. Representados solo aquellos diagnósticos empleados en el período de estudio.

CIE-10	Diagnóstico
F.06.9	Trastorno mental debido a disfunción cerebral por enfermedad domática.
F.10	Trastorno mental por consumo de alcohol.
F.20	Esquizofrenia.
F.22	Trastorno de ideas delirantes persistentes.
F.31	Trastorno Bipolar.
F.32	Episodio depresivo.
F.34	Trastornos del humor (ciclotimia).
F.41	Otros trastornos ansiedad.
F.43	Reacción a estres.
F.44.8	Otros trastornos disociativos (Conversión).
F.45	Trastornos somatomorfos.
F.50.9	Trastorno de conducta alimentaria sin especificar.
F.60	Trastorno de personalidad.

Toda la información recogida tendrá la consideración de confidencial y será transmitida y custodiada siguiendo las normas habituales (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal).

Para la recogida de datos se elaboró un protocolo que incluía variables sociodemográficas como edad y sexo, y variables clínicas como: tipo de derivación, síntomas referidos, diagnóstico, duración del seguimiento y cambios en el tratamiento. Para la codificación de enfermedades se estableció la clasificación CIE-10 (Tabla 1).
Se elaboró una base de datos con Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó con el programa Pasw Statistics 18. Se utilizó la t-student para comparar medias, previa verificación de la normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y la chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

Resultados

El tamaño muestral fue de 108 pacientes. La edad fue 47,05 ± 15,50 años (Intervalo de confianza [IC] del 95%, 49,99- 44,12). El 53,7% son mujeres frente 46,3% varones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo.

La tabla 2 muestra las características del grupo, tipo de derivación y seguimiento de pacientes en función de los síntomas. Depresivos o ansioso-depresivos (80 casos, 74,07%), ideas de suicidio (6 casos, 5,5%), psicosis (6 casos, 5,5%) y abuso de sustancias (4,62%).

Se consideraron como pérdidas 11 casos, 10,18%, 7 casos por no acudir o síntomas desconocidos y 4 casos por el pequeño número que representaban.

Tabla 2. Características del grupo, tipo de derivación y seguimiento en función de los síntomas.

Síntomas	Depresivos n=80	Ideas suicidio n=6	Psicosis n=6	Abuso tóxicos n=5	Significación estadística
Edad, media±DE	47,73±17,09 [51,48-43,99]	35,66±16,50 [33,46-48,86]	44,23±17,11 [30,63-58,03]	37,71±12,57 [48,74-26,69]	NS
Sexo:					
Varón	43,8%*	33,3%	83,3%	100%*	*p=0,045
Mujer	56,2%**	66,7%	16,7%	0**	**p=0,047
Tipo de derivación					
Normal	43,7%	0	16,7%	20%	NS
Prefer.	50%	50%	83,3%	80%	NS
Urgente	6,3%+	50%+	0	0	+P=0,01
Seguimiento					
Sí	81,7%^^	66,7%	83,3%	25%^^	^^p=0,01
Alta	18,3%^	16,7%	16,7%	75%^	^p=0,01
Deriva	0	16,7%	0	0	

Los porcentajes están redondeados y pueden no sumar 100%.
NS: no significativo

Un caso con síntomas de trastorno de conducta alimentaria, otro con deterioro cognitivo y otros dos con síntomas de duelo.

No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad en función de los síntomas motivo de derivación.

Sólo se halló significación estadística en cuanto al sexo en el caso de abuso de tóxicos; y en cuanto al tipo de derivación, ésta se hace de forma urgente cuando se trata de ideas de suicidio; además de no realizarse seguimiento en el caso de abuso de tóxicos.

El 78% de los pacientes acuden a la consulta con un tratamiento pautado desde su médico de atención primaria.

En función del diagnóstico que establece el psiquiatra según codificación CIE-10, se analizó si modificaba el tratamiento pautado inicialmente (Tabla 3). En 18 casos no constaba el diagnóstico. De forma global, sí que cambió el tratamiento inicialmente pautado de forma significativa (p=0,001).
La tabla 4 muestra el tiempo de seguimiento de los pacientes en función del tratamiento pautado. La mayoría de los pacientes son citados a una revisión en el siguiente mes o en menos de 3 meses.

Tabla 3. Modificación de tratamiento desde atención especializada pautado inicialmente por primaria.

Diagnóstico	No modifica tratamiento	Sí modifica tratamiento	Significación estadística
F.06.9	0	1 (1,8%)	NS
F.10	3 (3,3%)	1 (1,1%)	NS
F.20	2 (2,2%)	0	NS
F.22	0	2 (2,2%)	NS
F.31	0	1 (1,1%)	NS
F.32	4 (4,4%)	7 (7,7%)	NS
F.34	3 (3,3%)	7 (7,7%)	NS
F.41	8 (8,8%)	7 (7,7%)	NS
F.43	6 (6,6%)	13 (14,4%)	NS
F.44.8	0	1 (1,1%)	NS
F.45	1 (1,1%)	0	NS
F.50.9	0	1 (1,1%)	NS
F.60	2 (2,2%)	4 (4,4%)	NS
Normalidad	0	1 (1,1%)	NS
Diagnóstico diferido	5 (5,5%)	10 (11,1%)	NS
Total	34 (37,7%)	56 (63,3%)	P=0,001

Los porcentajes están redondeados y pueden no sumar 100%.
NS: no significativo

Discusión

En relación a la prevalencia de los trastornos mentales en una encuesta realizada a los médicos de atención primaria (MAP)[7] se recoge que la ansiedad es el trastorno más prevalente en la consulta (28%), seguido de la depresión (26%), distimia (13%) y los que menos frecuentemente se ven son los trastornos de personalidad (6%). Este hecho pone de manifiesto que la mayoría de los pacientes que el MAP deriva sean con síntomas ansioso-depresivos, casi un 80% de las derivaciones en nuestro estudio. Hay que reseñar que ésta es la patología más frecuente en AP y por tanto, la que más frecuentemente se deriva a especializada. Por otro lado, surge el interrogante ¿por qué no se diagnostican por ejemplo trastornos de personalidad en AP?. Las explicaciones pueden ser diversas. Una de ellas es que en muchas ocasiones el propio especialista requiere de varias visitas para terminar de filiar la patología. Resultando pues la complejidad diagnóstica un factor condicional[3]. Otra posible explicación sería que muchas veces estos pacientes no son valorados en AP de adultos de novo, son pacientes que ya seguían una trayectoria conflictiva en la pre-adolescencia y desde edades tempranas han sido seguidos por la especializada.

Es importante destacar, que el perfil general del paciente psiquiátrico es tanto hombre como mujer, de mediana edad, preferentemente en la cuarta-

quinta década de su vida. Sin embargo, resulta estadísticamente significativo que los pacientes que presentan trastornos por abuso de sustancias sean todos varones y más jóvenes; además estos pacientes en su mayoría son dados de alta, lo que refleja que quizás la derivación no sea la más apropiada, siendo un centro de deshabituación la opción más acorde.

Tabla 4. Tipo de seguimiento según tratamiento pautado.

Duración seguimiento	Antidepresivos n=40	Ansiolíticos solos n=12	Antipsicóticos n=3	Otros n=1
1 mes	13 (23,21%)	4 (7,14%)	1 (1,78%)	1 (1,78%)
2 meses	6 (10,71%)	0	1 (1,78%)	0
3 meses	15 (26,78%)	8 (14,28%)	0	0
> 3 meses	5 (8,9%)	0	1 (1,78%)	0

Otro aspecto importante resulta el análisis de las derivaciones urgentes. Éstas suponen un número minoritario de ellas, y el motivo fundamental son las ideas de suicidio como reflejan otros estudios[8]. Las ideas de autolisis generan dificultades de abordaje y desbordamiento en una consulta de atención primaria. Queda justificada, por tanto, el motivo urgente de dicha derivación. Además, en la mayoría de los casos se realiza o un seguimiento del paciente o se deriva de forma urgente a centro hospitalario (en un porcentaje total cercano al 85% en nuestros datos).

A la hora de evaluar el tratamiento destacamos diversos aspectos. Como ya hemos referido anteriormente, hasta un 78% de los pacientes derivados llevaban ya un tratamiento pautado por su MAP. La mayoría con antidepresivos sólos o combinados con ansiolíticos, en concordancia con otras series[4,9,10]. Sin embargo, la tendencia a cambiar por parte del psiquiatra el tratamiento inicialmente pautado es significativamente mayor que la tendencia a no hacerlo. Por subgrupos de diagnósticos no hay tendencia significativa por el pequeño tamaño muestral y las pérdidas globales cercanas al 20% que dificultan el análisis de dichos resultados.

Otro dato a tener en cuenta es que la mitad de los pacientes que presentaban síntomas depresivos eran derivados de una forma preferente al Centro de Salud Mental y la otra mitad con carácter normal. Una explicación a este dato es que muchos MAP reflejan en las encuestas el tiempo de espera inadecuado para ser atendidos en especializada[11,12]. El MAP lo deriva de forma preferente por el deseo de que el paciente sea visto cuanto antes. En nuestra evaluación solo el 18% de estos pacientes son dados de alta en la primera visita, reflejando así, en nuestra opinión, el carácter adecuado de dicha derivación.

Algunas de las limitaciones del estudio son, en primer lugar, con el objetivo de facilitar el análisis de los datos se consideraron categorías amplias de trastornos, con el consiguiente sesgo de selección de una muestra heterogénea.

En segundo lugar, cuando existía más de un diagnóstico solo se consideraba el principal, lo que dada la frecuente comorbilidad en las patologías mentales en el momento de la consulta solo se haya considerado la patología aguda en ese momento que motiva la derivación, lo que ha podido dar lugar a infradiagnosticar otro tipo de trastornos mentales y a fomentar el sesgo anterior.

Tercero, la realización del estudio en un único centro no permite hacer extrapolaciones de los resultados debido a las características particulares de la población atendida. No obstante, los diagnósticos se realizaron siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10, lo que aumenta su fiabilidad y disminuye las variaciones entre profesionales. De la misma manera que los resultados obtenidos coinciden con otros estudios semejantes, aunque siendo lo más deseable sería analizar un período de tiempo más largo e incluso analizar las derivaciones que reciben otros centros de salud mental.

Cuarto, debido al diseño del estudio no se han podido realizar estudios de concordancia entre el diagnóstico en AP y en Salud Mental. Queda pendiente, también, analizar de forma paralela los datos en atención primaria y estudiar las principales barreras que existen entre Atención
Primaria y salud mental con el fin de desarrollar estrategias para disminuirlas.

En conclusión el Médico de Atención Primaria es capaz de manejar la patología psiquiátrica no grave, desempeñando un papel fundamental en la salud mental. Creemos necesario un mayor tiempo para dedicar a cada paciente en AP y una buena interrelación entre los profesionales de AP y los profesionales de salud mental con la finalidad de fomentar una calidad asistencial plena y una reducción en los tiempos de espera en Atención Especializada.

Bibliografía

1.- Landa N, Goñi A., Garcia de Jalón E., Lizasoain E. Concordancia entre el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Aten Primaria. 2008;40(6):285-9.
2.- Iglesias GC, Diaz de la Peña A. Actitudes de los médicos de atención primaria sobre la salud mental en dos áreas sanitarias de Asturias. Anales Psiquiatria. 1999; 15:186-91.
3.- Miranda I., Peñarrubia M.T., García I., Caramés E., Soler M., Serrano A .¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? Aten Primaria 2003,32 (9):524-30.
4.- Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocron L, Fernández C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1997;20:122-
5.- Al menos uno de cada cuatro pacientes atendidos en Atención Primaria presenta alguna patología psiquiátrica. Semergen activa. Gaceta Semergen. Año IV, Num.36.Mayo
6.- Moreno-Martínez F., Casals-Sánchez J.L., Sánchez-Rivas J.M., Rivera-Irigoin R, Vázquez M.A. Documento de interconsulta:

evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. Semergen .2008;34(5):218-23
7.- Gualtero R., Turek L. Salud Mental: encuesta a los médicos de atención primaria. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, vol. XIX, n 70;pp.225-234.
8.- Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: Flas; 1996.
9.- Ortiz Lobo A, González González R, Rodriguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primar. 2006;38(10):563-9.
10.- Cuesta L, Alberto M, Prat J, Simón O, Marcos R. Adecuación del diagnóstico, tratamiento y derivación de la patología psiquiátrica en asistencia primaria. Utilidad y/o necesidad de coordinación. En: V Congreso Nacional de Psiquiatría; Zaragoza 18-21 de octubre 2000.
11.- Latorre J.M., López-Torres J., Montañes J., Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Aten Primaria.2005;36(2):85-92.
12.- Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Maeza A, Palao DJ, Mercader M, Haro JM. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. Aten Primaria. 2009;41(3):131-140.