



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO 249 TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO**

**APEGO A LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA DE
PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE CEFALEA
TENSIONAL Y MIGRAÑA EN ADULTOS POR LOS MEDICOS
DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ADSCRITOS A LA LA
UMF 248 SAN MATEO ATENCO DURANTE EL PERIODO DE
MAYO A OCTUBRE DEL 2011.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RUPERTO RAMON SALDAÑA GARDUÑO

EDO, MEX

2012

“ Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 248 San Mateo Atenco durante el periodo de mayo a octubre del 2011”.

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**M.C. RUPERTO RAMÓN SALDAÑA GARDUÑO
AUTORIZACIONES:**

**M.C. MARIA DE LOURDES ZITA REZA GARAY
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTORA DE TESIS
M.C. MARIA ESTHER REYES RUIZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**M.C. GUILLERMO AUSTRABERTO ESPINOSA FUENTES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
U.M.F. No. 222**

TOLUCA, MÉXICO

2012

“Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 248 San Mateo Atenco durante el periodo de mayo a octubre del 2011”.

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. RUPERTO RAMÓN SALDAÑA GARDUÑO

**M.C. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**M.C. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**M.C. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

TOLUCA, MÉXICO.

2012

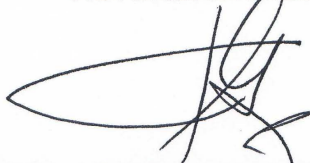
APEGO A LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN ADULTOS POR LOS MEDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ADSCRITOS A LA LA UMF 248 SAN MATEO ATENCO DURANTE EL PERIODO DE MAYO A OCTUBRE DEL 2011.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

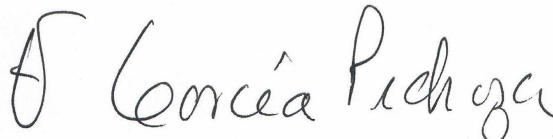
PRESENTA

DR. RUPERTO RAMON SALDAÑA GARDUÑO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
Resumen	6
Marco teórico:	7
CAPITULO I: Cefaleas	
CAPITULO II: Guía de Práctica Clínica	25
CAPITULO III: Antecedentes de la GPC de cefaleas	43
Planteamiento del Problema	48
Justificación	49
Objetivos	50
Material y métodos	51
Criterios de selección	51
Operacionalización de variables	52
Análisis Estadístico	54
Procedimiento para recolección de datos	56
<i>Consideraciones éticas</i>	58
<i>Resultados</i>	59
<i>Discusión</i>	70
Conclusiones	71
Bibliografía	72
Anexo1:Cronograma de Gantt	74
Anexo 2: Consentimiento informado	75
Anexo 3: Cuestionario y listo de cotejo	76
Anexo 4: Hoja de recolección de datos	77

RESUMEN

Título: “Apego a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención”.

Autores: Saldaña GRR*, Reyes RME**

Introducción: La cefalea es una de las causas más frecuentes de consulta en cualquiera de los tres niveles de atención, ya que es un reto diagnóstico y terapéutico, se debe evitar llegar a la cronicidad ya que puede repercutir en el estado de ánimo, en la vida conyugal y social de los pacientes. Por lo que es importante propiciar el apego a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica a través de la sistematización de una metodología que permita al médico tomar decisiones oportunas y adecuadas al padecer del paciente.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. En la población de San Mateo Atenco durante el periodo de mayo a octubre del 2011. Se analizó el apego a la Guía de Práctica Clínica de cefalea y migraña en adultos en 62 expedientes con diagnóstico de cefalea y migraña atendidos por 19 médicos de primer nivel de atención, con muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados: Se encontró un mal apego a la GPC en un 21.05 %.

Conclusiones: Influyen factores laborales que limitan el análisis y evaluación de las recomendaciones de las GPC en médicos de primer nivel de atención, aunado a la percepción de que al ser estandarizadas limitan la relación médico-paciente.

*Residente de 3er. Año de medicina familiar del Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS.

**Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF No. 250

CAPITULO PRIMERO

CEFALEAS

Se inicia el presente estudio con cuatro definiciones de cefalea, que son las siguientes:

Desde el punto de vista de los especialistas que realizaron las Guías de Práctica Clínica Cefalea: Es un síntoma, que se refiere como dolor que semánticamente debería englobar todos los dolores localizados en la cabeza, pero que en la práctica se restringe a molestias en la bóveda craneana de características e intensidad variables dependiendo de la causa que lo origina. (1).

-Cefalea: Dolor de cabeza. Del diccionario etimológico de lenguas latinas

-Por otro lado para Adams, creador del libro principios de neurología la Cefalea es un dolor referido a la región del cráneo y/o cabeza. Es uno de los síntomas más frecuentes referido por los pacientes de consulta médica. Su etiología en la mayoría de los casos es benigna, pero en ocasiones puede indicar algún desorden serio. (2).

-Según el diccionario de etimologías latinas Cefalalgia: proviene del griego kephale: cabeza y algia: dolor. (3) Según el diccionario enciclopédico Baber Cefalalgia violenta y tenaz alguna vez intermitente o grave que afecta ordinariamente a uno de los lados de la cabeza. (4)

Una vez establecida la definición de nuestra palabra clave, ahora se continua abarcando las estructuras anatómicas que son las responsables de las diferentes cefaleas.

ESTRUCTURAS DE LA CABEZA SENSIBLES AL DOLOR:

Se comenta cuáles son las estructuras más importantes para que se presente una cefalea primaria, más adelante se especificaran los diferentes tipos de cefaleas.

En primer lugar la literatura menciona que el parénquima cerebral, la mayor parte de las meninges, el epéndimo apendicular, el plexo coroideo las venas piales y la mayoría del parénquima cerebral no duelen. Por lo que el tipo de dolor más frecuente es el resultado de la activación de receptores nociceptivos periféricos, en presencia del sistema nervioso. Es frecuente que el dolor surja por un desplazamiento o por una invasión de las estructuras craneales sensibles al dolor.

Las estructuras sensibles a la estimulación mecánica son el cuero cabelludo y la aponeurosis, al igual que la arteria meníngea media, senos dúrales y el segmento principal de las grandes arterias piales. (5)

Langermark y Olesen demostraron que existe dolor en músculos pericraneales ya que se presenta dolor en pacientes con cefalea por tensión muscular por presentar tal vez una activación periférica de receptores niciceptores ya que se pueden involucrar receptores periféricos como centrales. A la exploración física se puede encontrar aumento de consistencia de los músculos a la palpación. (5)

La inhibición voluntaria de la actividad electromiográfica del músculo temporalis inducida por el nervio trigémino con dos periodos de silencio sucesivos en donde el segundo de ellos es un reflejo multisináptico mediado por el sistema límbico que se encuentra ausente en el 40% y disminuido en 87%. (5)

Es posible que exista una relación entre cefalea tensional, fibromialgia reumática y dolor miofacial. El segundo periodo de silencio refleja una anomalía en la modulación interneuronal que conecta el nervio trigémino con neuronas motoras, como consecuencia de una de una modulación anormal desde los ganglios basales, sistema límbico o neuronas serotoninérgicas de los núcleos del raquí dorsal. (5)

El núcleo caudalis del trigémino obtiene la nocicepción desde la cabeza por los vasos sanguíneos y los músculos pericraneales quizá este núcleo tendrá una hipersensibilidad por lo que puede tener una función importante en la génesis del dolor. (5)

Dentro de los neurotransmisores el aumento de la metencefalina en el líquido cefalorraquídeo se encuentra elevado en la cefalea tensional. Según Senties-Madrid Hespagnol Vidal. B. (6)

Una vez que se conoce que es la cefalea y cuáles son las estructuras anatómicas responsable de esta, ahora se continua el protocolo comentando las diferentes clasificaciones de la cefalea. (6)

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LAS CEFALÉAS:

Según la sociedad internacional de cefalea del 2004 lo divide de la siguiente forma:

1.-PRIMARIAS: sin lesión cerebral existente, que a su vez se subdivide de la siguiente manera:

1.1-Migraña y esta cuenta con los siguientes subtipos:

1.1.1-Migraña sin aura.

1.1.2.-Migraña con aura.

1.1.3.-Migraña oftalmopléjica.

1.1.4-Migraña retiniana.

1.1.5-Síndromes periódicos de la infancia.

1.1.6-Complicaciones de la migraña.

1.1.7.-Estado migrañoso.

1.1.8.-Infarto migrañoso.

1.2.- Cefalea tensional que se subdivide como abajo se muestra:

1.2.1.-Cefalea tensional episódica.

1.2.3.-Cefalea tensional crónica.

1.3.- Cefalea en racimos o hemicraneal crónica.

1.3.1.-Hemicránea paroxística crónica.

1.3.2.-Miscelánea, cefalea punzante, cefalea por compresión externa, cefalea benigna por la tos y cefalea asociada al ejercicio físico.(7

2.-SECUNDARIAS: En estas se encuentra una causa orgánica o estructural como las siguientes:

2.1.-Distensión, tracción o dilatación de las arterias intra y extracraneales.

2.2-Tracción o desplazamiento de las grandes venas intracraneales y su envoltura dural.

- 2.3.-Compresión tracción o inflamación de los nervios craneales y espinales.
- 2.4.-El espasmo, inflamación y el traumatismo de los músculos craneales y cervicales.
- 2.5.-Irritación meníngea y el aumento de la presión intracraneal.
- 2.6.-La perturbación de las proyecciones serotoninérgicas.
- 2.7.-Hipertensión arterial sistémica.
- 2.8.-Meningitis y encefalitis aguda.
- 2.9.-Enfermedad vascular cerebral.
- 2.10.-Cefalea vascular.
- 2.11.-Ingesta excesiva de alcohol.
- 2.12.-Asociado a procesos febriles.
- 2.13.-Cefalea post punción lumbar.
- 2.14.-Cefalea coital benigna y tusígena.
- 2.15.-Trombosis de los senos venosos.
- 2.16.-De causa ocular o de origen en otorrinolaringología.
- 2.17.-Asociado a fotofobia, náuseas y/o vómitos rinorrea o taponamiento nasal.
- 2.18.-Arteritis de la arteria temporal.
- 2.19.-Encefalopatía hipertensiva.
- 2.20.-Traumatismo craneal.
- 2.21.-Trastornos vasculares.
- 2.22.-Enfermedad intracraneal de origen no vascular.
- 2.13.-Ingesta o supresión de determinadas sustancias.
- 2.24.-Trastornos metabólicos.
- 2.15.-Alteración de las estructuras faciales o craneales.

CLASIFICACIÓN DE CEFALÉAS DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

1.- Aguda: que caracteriza por lo siguiente:

1.1-Inicio súbito menos de 30 minutos.

1.2-Intensidad muy severa.

1.3.-Ausencia de episodios similares previos.

1.4.-Localización bilateral y difusa o fronto-occipital.

1.5.-Relación con la maniobra de valsalva.

2.-Cefalea aguda recurrente que presenta las siguientes características:

2.1-Inicio agudo o subagudo.

2.2.-Intensidad severa.

2.3.-Cefaleas similares previas.

2.4.-Carácter pulsátil.

2.5.-Predominantemente hemicráneo.

3.- Crónica. Con duración mayor de 72 horas. (7)

CLASIFICACIÓN DE CEFALÉAS SEGÚN SU INTENSIDAD:

Por otro lado dependiendo de su grado de incapacidad se puede clasificar como abajo se muestra:

- 1.- Leve: El paciente está consciente de la cefalea pero es capaz de continuar su vida normal con alteraciones mínimas.
- 2.- Moderada: La cefalea impide las actividades de la vida diaria pero no es incapacitante.
- 3.- Severa: La cefalea es incapacitante para actividades de esfuerzo.
- 4.-Estatus: Episodio de migraña con cefalea que no mejora a pesar del tratamiento por un tiempo mayor de 72 horas.

Diagnóstico diferencial de cefaleas

Por otro lado en pacientes con cefalea se debe descartar las siguientes patologías:

-Hipertensión arterial sistémica: Ya que la cefalea es el primer y probablemente el único síntoma de presión arterial elevada

-Fiebre tifoidea: Es uno de los principales síntomas de esta patología junto con fiebre, malestar general, anorexia, mialgias y dolor abdominal, como son síntomas inespecíficos se tiene la obligación de descartar esta patología cuando se presenta cefalea.

-Diabetes: La cefalea no es un síntoma cardinal de este padecimiento, ya que los síntomas más usuales son poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin causa aparente.

-Insuficiencia renal: Los síntomas primordiales de esta patología son malestar general, prurito, pérdida de peso sin causa aparente, anorexia, náuseas y por obiedad cefalea, de igual manera como son síntomas inespecíficos se debe descartar esta patología.

-Infección urinaria: Los síntomas frecuentes de esta patología son poliuria, disuria, orina turbia, náuseas, vómito, irritabilidad, fiebre y puede tener cefalea.

-Parasitosis intestinal: Puede presentar malestar general, dolor abdominal de localización variable, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, flatulencia, prurito y ocasionalmente cefalea.

-Dislipidemia: Puede presentar dolor abdominal, pancreatitis y ocasionalmente cefalea. De igual manera como son síntomas inespecíficos se tiene la obligación de descartar.

-Anemia: los síntomas comunes de esta patología son disnea, mareo, disminución de temperatura en porciones distales de miembros superiores e inferiores, palidez dolor retro esternal y cefalea.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Para precisar el diagnóstico diferencial, es menester realizar exámenes de laboratorio, como:

-Biometría Hemática. Podemos encontrar poligobulia, leucocitosis, anemia.

-Perfil de lípidos. Se puede esperar elevación de colesterol y/o triglicéridos.

-Glucosa. Se puede esperar alguna elevación de este valor.

-Examen general de orina. Se esperarían datos de infección urinaria.

-Coproparasitoscópico. Se podría esperar positivo.

-Reacciones febriles. Se puede esperar con elevación. (8)

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS CEFALEAS:

La cefalea es uno de los padecimientos más frecuentes encontrados en la consulta de medicina familiar. A nivel Mundial la prevalencia de cefalea es del 12 % y 16 % de la población en general.

En Estados Unidos existen 2.1 millones de pacientes con este diagnóstico con una relación mujer/hombre de 18 a 5. Con una prevalencia de 96 con una frecuencia en sexo femenino de 99% y en sexo masculino de 93%.con la evidencia de 3%. Con prevalencia de 78% de la población general con mayor frecuencia en sexo femenino de 88% y en sexo masculino de 69%.

La prevalencia en México en el año 2005 fue 12.9 en mujeres y 3.9 en hombres con una relación de 3 a 1. En el Estado de México la frecuencia de cefalea cada año es de 7% en los hombres y de 15 % o 18 % en las mujeres cifra similar a todo Latinoamérica. (9)

MIGRAÑAS.

Las migrañas son un grupo de cefaleas primarias que incluyen a un conjunto de síndromes que se caracteriza por algias localizados en la cavidad craneal. Se toma un subcapítulo especial sobre ellas en este protocolo, ya que junto con las cefaleas en racimo, son las dos únicas cefaleas que se toman en cuenta en las guías de práctica clínica.

Algunas de las formas para explicar la migraña es en relación a las siguientes bases genéticas:

-Existe una clara predisposición familiar para desarrollar migraña. Pero por otro lado existe una considerable influencia ambiental ya que existe una amplia población con migraña.

Se ha demostrado que un gen es el que origina la herencia de la enfermedad siendo una herencia autosómica dominante en los cromosomas 19p, (denominado CACNAL1A4)13 y 1 q. La fisiopatología de estos trastornos se ha encontrado una hiperexcitabilidad de la membrana neuronal, lo que contribuye a una despolarización.

TEORIAS QUE TRATAN DE EXPLICAR LA MIGRAÑA.

A continuación se intenta explicar las teorías que tratan de explicar la fisiopatología de la migraña.

1.-Teoría vascular:

La cefalea puede ser ocasionada por una vasodilatación de los vasos del cerebro y la vasoconstricción de los vasos intracraneales, que se cree son los responsables de los síntomas deficitarios que ocurren durante el aura.

2.-Teoría neurógena.

Menciona que la migraña se desencadena como consecuencia de ondas de excitación, que se propagan a lo largo de la corteza visual a 3 milímetros por segundo, a este fenómeno se le denomina como depresión propagada.

3.-Teoría unificadora teoría neurovascular.

Surge tras la constatación de que los mecanismos anteriores por si solos no justifican todas las crisis de migraña. En esta teoría el desencadenante es de origen neuronal, a pesar que el proceso migrañoso tiene su origen en los vasos extra-cerebrales principalmente meníngeos, por un hipo-metabolismo e hipoperfusión, pero no explican por completo la migraña.

-Enfermedad de origen mitocondrial: por una mutación en región de ADN mitocondrial en la subunidad ND4 y la administración de vitamina B2 reduce 50 % de los casos.

-Importancia de óxido nítrico para explicar el origen de las migrañas: El dolor es iniciado por el óxido nítrico, que activa el rafe dorsal del tronco cerebral o del núcleo caudado del trigémino después favorece la vasodilatación meníngea como consecuencia de reacción antidrómica del trigémino vascular, lo que activa las terminales nerviosas sensoriales del trigémino y la liberación de péptidos vasoactivos lo que favorece vasodilatación e inflamación neurogenica. Al llegar los estímulos al complejo trigémino-cervical aumenta el dolor, así como la sensibilidad a estímulos extra-craneales. Del núcleo del trigémino se envían las señales nociceptivas al tálamo, corteza cerebral y núcleos subyacentes. Casi todo el proceso se encuentra modulado por receptores serotoninérgicos

-Algunas familias con mutaciones cromosómicas que codifican regiones de los canales de calcio sensibles al voltaje, en quienes se observan accesos migrañosos, por ejemplo las canalopatías que se caracteriza por que los canales iónicos son proteínas de la membrana encargadas de las propiedades eléctricas de la célula nerviosa y contribuye a determinar entre otras cosas, la liberación de neurotransmisores, siendo un sustrato molecular para la migraña y epilepsia, lo que justifican todos los fenómenos de las crisis de migraña. Ahora veremos la clínica de la migraña que se describe abajo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MIGRAÑA:

1.-PRODROMOS

Se diferencia del aura por depresión, euforia, rigidez de cuello irritabilidad disfunción cognitiva etc. Y por signo sistémicos como anorexia, bulimia o fatiga o por síntomas autonómicos como bostezos, poliuria, sensación de frío, diaforesis diarrea etc.

2.-AURA: En el 90 % de los casos suele ser visual expresado como un escotoma paracentral de bordes parafestoneanos. Que se desplaza a una velocidad de 2-3 mm. Por minuto. Pudiendo encontrar alguna de las siguientes características.

2.1.- Aura típica con cefalea no migrañosa

2.2.- Aura típica sin migraña.

2.3.-Migraña hemipléjica familiar.

2.4.-Migraña hemipléjica esporádica.

2.5.-Migraña tipo basilar.

Entrevista al paciente con migraña.

En pacientes con cefalea es fundamental realizar una adecuada anamnesis por lo que se sugieren los siguientes pasos:

Escuchar al paciente. Otorgar al paciente tribuna libre

-Investigar la comorbilidad del paciente y la recuperación personal, familiar, social y laboral de su cefalea.

-Realizar una entrevista clínica semi-estructurada.

La evaluación del paciente con cefalea es una anamnesis detallada, dirigiendo una serie de preguntas básicas como las siguientes:

1.- Edad, sexo y ocupación laboral del paciente

2.- Edad de comienzo de los síntomas lo cual ésta orientado descartar una cefalea secundaria.

3.- Antecedentes personales y familiares. Hasta el 60% - 70%.

4.- Frecuencia de cefalea: La cefalea de tensión suele presentarse en forma episódica, en forma cíclica, agrupación de crisis y de carácter progresivo.

5.- Intensidad de cefalea,

6.- Duración del episodio de cefalea. Tiempo de inicio de cefalea.

7.- Modo de instauración de la cefalea, si se instaura en minutos u horas.

8.- Calidad del dolor. Como describe el paciente el tipo de cefalea.

9.- Localización del dolor. Mencionar el paciente en que parte de la bóveda craneana presenta o inicia la cefalea.

10.- Factores moduladores del dolor, o factores que desencadenan el dolor.

11.- Síntomas asociados al dolor,

12.- Síntomas neurológicos asociados.

13.- Hábitos tóxicos y consumo de fármacos.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

No existe un estudio de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico de migraña, es por ello que el interrogatorio exhaustivo y apego a la propedéutica médica, es la mejor herramienta de certeza para su diagnóstico. (10).

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

El tratamiento va encaminado a remisión del dolor en las cefaleas leves y moderadas a base de analgésicos, así mismo para profilaxis de la cefalea e incluso sedación en cefaleas graves o intensas.

ANTINFLAMATORIOS.

Ácido acetil salicílico 650-1300 mg: Bloquea la producción de las prostaglandinas principalmente E1 y F2 alfa inhibiendo la enzima ciclooxigenasa. Interacciones medicamentosas desplaza a la acetazolamida y disminuye su excreción renal. Con los anticoagulantes aumenta el riesgo de hemorragias por el desplazamiento de la warfarina. Aumenta el riesgo de trombocitopenia en caso de quimioterapéuticos. Con el alcohol aumenta el riesgo de irritación gástrica hasta hemorragia gástrica importante. Con antidiabéticos aumenta la secreción de insulina, reduciendo los

niveles de glucosa pueden acelerar la excreción de oxipurinol y disminuye la terapéutica del alopurinol.

Efectos secundarios:

-ulcera péptica, gastritis o duodenitis.

EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN.

-Naproxeno: Es un antiinflamatorio no esteroideo, son inhibidores de la COX 2, interrumpiendo la síntesis de las prostaglandinas con efecto analgésico, antipirético y antirreumático, en la primera hora inicia su efecto, manteniéndose hasta por más de 7 horas. Se absorbe completamente en el tracto intestinal. Su vida media es a las 10 horas. Sus contraindicaciones son: hipersensibilidad al medicamento, no se debe administrar en niños menores de 2 años o en pacientes con medicación anticoagulante, se debe evitar en enfermedad ácido péptica, durante el embarazo prolonga trabajo de parto; no existe evidencia de teratogenisidad, disminuye la actividad de los antihipertensivos. La dosis en el adulto 500 mg cada 8 horas, en niños de 10 a 30 kilogramos es de 5 mg kilogramo día. (vademécum)

EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS.

Amitriptilina tabletas la dosis va en niños de 1 mg/kg/día con un máximo de 1.5 mg/kg/día vía oral cada 24 horas en una sola toma. En adultos de 13 a 65 años es de 25 a 75 mg vía oral cada 24 en una sola toma. En adultos mayores de 65 años de edad la dosis va de 10 a 25 mg a la hora de acostarse aumentando paulatinamente hasta alcanzar 150 mg. Por vía intramuscular la dosis del adulto es de 20 a 30 mg tres veces al día. Su mecanismo de acción como antidepresivo tricíclico reduciendo la captación de norepinefrina y serotonina.

Contraindicaciones: Sensibilidad al fármaco, alergia a carbamazepina.

Contraindicada en uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa. En pacientes con desordenes bipolares. En pacientes alcohólicos por potenciar su acción. Su uso debe ser con cuidado en pacientes de la tercera edad por riesgo de caídas. Uso cuidadoso en pacientes con alargamiento de Q-T o en pacientes con recuperación de infarto reciente. Uso cuidadoso en pacientes con epilepsia por disminuir el umbral convulsivo. Se ha observado presencia de trombocitopenia.

Son propensos a quemaduras solares. No se recomienda su uso durante el embarazo a menos que su uso supere el riesgo.

Tener cuidado en pacientes diabéticos por ocasionar problemas endocrinos y probablemente requiera ajuste de medicamento.(vademécum)

EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES.

INHIBIDORES DE SEROTONINA

Fluoxetina: es un antidepresivo de la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina . Se cree que incrementa las acciones de la serotonina bloqueando de manera muy específica su recaptación en la membrana de la neurona. Su administración es vía oral. Los alimentos en el estómago retrasan su absorción, su metabolito, la norfluoxetina, se alcanza a las 2 o 4 semanas. Atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica. La dosis en adultos incluyendo ancianos es de 20 mg/día. Se puede aumentar dosis de 10 a 20 mg día hasta alcanzar su adecuado beneficio como dosis máxima 80 mg/día dividido en dos dosis; una en la mañana y otra a medio día. La dosis pediátrica es de 5 a 10 mg/día. Como máximo 60 a 80 mg/día. Está contraindicada en hipersensibilidad al medicamento, se debe usar con cuidado en pacientes con epilepsia y en desordenes convulsivos, puede transformar un trastorno depresivo en manía o hipomanía, en pacientes con cirrosis se absorbe lentamente por lo que debe disminuirse la dosis, puede ocasionar síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, se administra con precaución en diabéticos. Entra en la categoría C de riesgo en el embarazo. (vademécum)

Ergotamina: El mecanismo de acción es vasotónica específica sobre las arterias craneales, cuando se usa con cafeína facilita su absorción entérica. Su indicación es en ataques agudos de migraña con o sin aura. Su posología es de 1 a 2 mg c/8 horas. Las contraindicaciones incluyen la hipersensibilidad, trastornos circulatorios periféricos, enfermedad vascular ocluyente, cardiopatía isquémica hipertensión arterial mal controlada, sepsis, shock, insuficiencia hepática insuficiencia renal severa, artritis temporal, migraña hemipléjica. Contraindicado en embarazo. Reacciones adversas dolor abdominal, náuseas y vómito.(vademécum)

ANALGESICOS.

Paracetamol: mecanismo de acción es un analgésico y antipirético. Actúa a nivel central se cree inhibe la ciclooxigenasa, en el sistema nervioso central, la sobredosis ocasiona hepatotoxicidad y nefrotoxicidad. Posterior a su administración se absorbe en el tracto digestivo en 30 a 60 minutos. La dosis en

mayores de 12 años es de 650-1300 mg c/4 horas, en menores de 12 años es de 10 a 15 mg por kilogramo de peso, en neonatos es de 10 a 15 mg por kilogramo de peso cada 6 u 8 horas. Contraindicaciones en pacientes alcohólicos, con hepatitis vírica y otras hepatopatías, evitar en pacientes con insuficiencia renal o en pacientes con deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, está identificado como categoría b de riesgo en embarazo.(vademécum)

Ibuprofeno: Inhibe la acción de la enzima COX1 COX 2 inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas, se absorbe en el tracto gastrointestinal, su excreción es por vía renal, Se clasifica como nivel c de riesgo en el embarazo, la dosis varia de 400-600 mg. C/6 horas.(vademécum)

El ibuprofeno tiene interacciones medicamentosas con antihipertensivos por efecto hipotensor, uricosúricos diuréticos, ya que disminuyen el efecto diuretico corticoides, ya que aumenta el riesgo de sangrado. Otros aines como el metotrexato por que disminuye la eliminación de este, niacina, anticonvulsionantes y alendronato. No debe usarse en los últimos tres meses del embarazo. Presenta efectos secundarios a nivel gastrointestinal, sistema nervioso central, hipersensibilidad, hepatotoxicidad y alteraciones a nivel renal. (vademécum)

-Amitriptilina: Es un antidepresivo tricíclico derivado del benzocicloheptano. Su mecanismo de acción es bloqueando la re-captación de neurotransmisores de la membrana neuronal. Su vía de administración es oral, se metaboliza en el hígado (dimetilación, N oxidación) su metabolito activo nortriptilina y se excreta en orina. La dosis inicial es de 75 mg día dividida en, se debe administrar preferentemente en la noche al acostarse, en niños de 6 a 10 años de edad la dosis es de 10 a 20/mg/día. Existe interacciones con alcohol etílico, anticolinérgicos, antidepresivos, antifungicos (fluconazol) antihipertensivos (guanetidina o metildopa), antipsicóticos, baclofeno barbitúricos, carbamazepina, cimetidina, dextropropoxfeno, diacepam, estrógenos, fluoxetina, josamicina, levodopa, morfina, sucralfato y tabaco. Durante el embarazo ocupa la clasificación C teratógena. (vademécum)

-Fluoxetina: Mecanismo de acción es inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina específicamente a nivel neuronal con menos efectos sedantes anticolinérgicos y cardiovasculares. Su administración es vía oral su uso con alimentos retrasa su absorción. Las concentraciones plasmáticas mas altas se

encuentran a los 6 u 8 horas. La dosis para la migraña varia de 10-20-mg día. Las

contraindicaciones son las siguientes: contraindicada en hipersensibilidad, puede ocasionar un estado depresivo, que puede llevar al suicidio, debe usarse con

precaución en pacientes diabéticos. El nivel de riesgo en embarazo es categoría C. (vademécum)

BETABLOQUEADORES

-Metoprolol: Es un anti-bloqueante adrenérgico beta 1 selectivo y competitivo levemente lipofílico con leve actividad estabilizadora de la membrana. También bloquean los receptores b 2 adrenérgicos en músculos bronquiales por lo que ocasionan broncoespasmo, tras su administración oral solo el 50 % alcanza la circulación sistémica a los 60 minutos su, efecto hipotensor atraviesa la barrera placentaria y hematoencefalica, se excreta por leche materna . La dosis para la prevención de la migraña es de 25 mg cada 12horas en adultos en caso de administración sostenida la dosis puede ser de 50 mg.

Contraindicaciones la suspensión brusca puede ocasionar isquemia del miocardio infartos y arritmias, debe usarse con precaución en hipertiroidismo, contraindicados en pacientes con bradicardia severa y bloqueo auriculo-ventricular se recomienda en pacientes asmáticos, con un factor de riesgo c en el embarazo, debe usarse con precaución en pacientes con feocromositoma. (vademécum)

-Propranolol: Es un antagonista beta-adrenergico, compite con los neurotransmisores adrenérgicos, con estructura de catecolamina en la unión de receptores simpáticos, bloqueando la neurotransmisión simpática del musculo liso vascular disminuyendo la frecuencia cardiaca esto, se realiza por el bloqueo de receptores beta 1 y disminuyendo la tensión arterial sistólica; es por la inhibición de la secreción de la renina e interviene con la lipolisisproducida por las catecolaminas, esta lipolisis interviene con la síntesis de ácido araquidónico y por ende de las prostaglandinas, lo que disminuye la adhesión de las plaquetas. La vía de administración es oral o intramuscular, presentando las concentraciones más altas de los 60 a 90 minutos, con pico máximo a las 6 horas por vía oral, y su acción es inmediata cuando la administración es vía intramuscular. La dosis es de 80 a 90 mg día en tres o cuatro dosis con máxima dosis de 160 mg. En niños mayores de 35 kilogramos es de 20 a 40 mg dividido en tres dosis y en menores de 35 kilogramos la dosis es de 10 a 20 mg. Las contraindicaciones son: hipersensibilidad al medicamento, puede ocasionar crisis hipertiroidea, en bradicardia, en bloqueo auriculoventricular, en shock cardiogénico o en insuficiencia cardiaca congestiva o en hipotensión arterial. Su uso es con precaución en feocromositoma, en insuficiencia hepática, en asmáticos, enfisema

pulmonar y bronquitis, puede exacerbar la psicosis. Ocupa una categoría C de riesgo en el embarazo. (vademécum)

CALCIOANTAGONISTAS.

-Verapamilo: Es un bloqueador de los canales de calcio activo, es un antiaritmico clase IV, reduce la post-carga. Inhibe la entrada de calcio extracelular através de la membrana de las células del miocardio del musculo liso, se cree que la inhibición de la contracción de los vasos del cerebro es responsable de efectos antimigrañosos. Se administra vía oral e intravenosa. Su biodisponibilidad es de solo 25 a 35 %. La dosis para la prevención de la migraña es de 160 a 320 mg/día en el adulto, en ancianos es de 120 mg día. Contraindicaciones: en presión sistólica menor de 90mmhg, tener cuidado en su uso en pacientes con enfermedades hepáticas y renales, en pacientes con padecimientos neuromusculares se debe usar con precaución. Su factor de riesgo en el embarazo es C. Las interacciones medicamentosas son con midazolam, triazolam y otras benzodicepinas, su uso es con cuidado con el uso de verapamilo, diltiacem y nicardipina, (vademécum)

INHIBIDORES DE SEROTONINA

-Sumatriptán: Su mecanismo de acción se basa en los cambios en los niveles de serotonina que son paralelos a los ataques de migraña, ya que se observó que al disminuir los niveles de serotonina se producen migrañas típicas. Uno de los recetores de serotonina es el 5 HT que abundan en las arterias craneales. El efecto del medicamento es vasoconstricción selectiva de los vasos craneales y de la circulación carotidea. Produciendo en el receptor 5 HT la reducción de liberación de serotonina y otros neuro-péptidos vaso-activos de la duramadre. La vía de administración es oral, subcutánea o intra-nasal, su absorción es más rápida oral o intranasal. La biodisponibilidad vía subcutánea en del 97 %, inicia su acción a los 10 minutos. La dosis subcutánea es de 6 mg en pacientes mayores de 17 años, no se ha identificado seguridad en pacientes ancianos. La dosis intranasal es de 20 mg con un intervalo mínimo de dos horas entre cada dosis. No se ha establecido seguridad y eficacia en pacientes ancianos y en adolescentes. Por vía oral la dosis es de 25 a 100 mg, si a las dos horas no se ha obtenido respuesta se puede administrar otra dosis de 100 mg no excediendo 200 mg/día en adultos mayores de 17 años. Contraindicaciones y cuidados puede ocasionar vasoespasmo coronario por lo que no se recomienda isquemia coronaria, dislipidemia,

hipertensión arterial, diabetes mellitus, no se debe administrar en migraña atípica, no administrar en pacientes con arritmias, es categoría C de riesgo durante el embarazo. Presenta interacciones medicamentosas con ergotamina y dihidroergotamina, almotriptan, eletriptan, fluoxetina, flavoxamina, paroxetina, propranolol, amitriptilina, risitriptan sublingual o verapamil. (vademécum). (11)

CEFALEA TENSIONAL

Es la cefalea más frecuente se caracteriza por ser opresiva, la mayor parte de las veces es bilateral de menor asociación con náuseas, vómito, fonofobia o fotofobia, no aumenta con la actividad física lo cual es una diferencia al compararla con la migraña, puede ser episódica, o crónica al relacionarse con dolor de músculos pericraneales. Según la sociedad internacional de cefaleas.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS PREVALENCIA, INCIDENCIA:

Es la más frecuente de las cefaleas ocupando el 69 % y el 16 % es ocupada por las cefaleas hemicraneanas trigeminales. Es más frecuente en la mujer con una relación 1.5:1 con respecto al hombre, Encontrando mayor prevalencia entre los 30 y 39 años de edad. En Estados unidos es más frecuente en los medios socioeconómicos bajos. En Dinamarca se pierden 820 días laborales por cada 1000 personas. (12)

ETIOLOGIA Y CLASIFICACIÓN

La etiología de esta patología se presenta por contracción muscular, tensional, psicogénica, psicomiogénica o relacionadas con estrés.

Clasificación: la clasificación se presenta de la misma manera:

-Primarias. Son aquellas en las que se encuentran otras causas.

-Secundaria: Son aquellas en las que se encuentra una causa específica.

DIAGNOSTICO: EXPLORACION FISICA, PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE.

El diagnostico se basa fundamentalmente en la anamnesis completa encontrando las características que se mencionan en la definición. Según las Guías de Práctica Clínica

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Migraña la cual se diferencia de cefalea tensional por las propias características de la definición de cada una de las patologías. (13)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Betabloqueadores: Propranolol, timolol. Metoprolol, atenolol o nadolol.

Antidepresivos tricíclicos: como la amitriptilina, nortriptilina, doxepina, protriptilina, desipramina o imipramina. (14)

IRS y N (inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina): Fluoxetina, venlafaxina, nefazodona, sertralina o fluvoxamina.

IMAOs: (inhibidores de la aminooxidasa) fenelcina

Bloqueadores de canales de calcio: Verapamil flunarizina, diltiazem o nimodipina.

IECAs (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina): Metisergide, Metilergonovina, ciproheptadina, o pizotifeno.

AINEs (antiinflamatorio no esteroideo): Naproxeno, Acido tolfenámico, idobufeno, fenoprofeno, flubiprofeno, ketoprofeno, ácido mafenámico, o aspirina.

Antiepilepticos: Acido valproico, Gabapentina, Topiramato, lamotrigina o carbamazepina.

Misceláneos: Magnesio, clonidina, papaverina, riboflavina, toxina botulínica o antipsicóticos. (15)

CAPITULO SEGUNDO

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El uso de las Guías de Práctica Clínica como instrumento sistematizado y basado en evidencia científica mejora la calidad de atención médica, mediante los siguientes puntos:

1.-Orienta en la toma de decisiones: Las Guías de Práctica Clínica ayudan a tomar decisiones sobre cualquier situación especificada en ellas descritas, dependiendo del tema, por lo que en este tema en específico se toma en cuenta las relacionadas con cefalea.

2.-Orienta sobre el uso adecuado de la tecnología: Las guías de práctica clínica ayudan al adecuado uso de las pruebas diagnósticas y para la utilización de medicamentos lo que produce un buen resultado para el paciente y reduce costos a la institución, beneficiando tanto al paciente y al instituto al mismo tiempo.

3.-Orientan en la priorización de la distribución de los recursos: Las guías de práctica clínica sugieren el uso adecuado de la tecnología, ya que por otro lado son un recurso valioso como planificador y además ayudan a gestionar la asignación de recursos para la atención de la salud.

La Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en el adulto fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud. Bajo la coordinación del centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Estas guías incluyen evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL ADULTO

Las evidencias y recomendaciones de la guía práctica clínica del manejo de cefalea tensional y migraña en el adulto, corresponden a la información obtenida de Guías Prácticas Clínicas internacionales las cuales fueron usadas como punto de referencia para las guías de práctica clínica en México. Las evidencias científicas de cualquier escala de estas guías son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, números o ambas en forma decreciente de acuerdo con su fortaleza.

Por lo tanto una vez que se tiene en claro, de donde fue obtenida la Guía de Práctica Clínica de cefalea tensional y migraña en el adulto se continua describiendo lo que menciona esta guía, iniciando por la definición de esta patología, abarcando solo los dos principales tipos de cefalea como son las siguientes:

Cefalea tensional: subtipo de cefalea que se presenta por episodios asociado a estrés de calidad opresiva, no pulsátil, de intensidad leve a moderada, bilateral sin fotofobia ni agravamiento por los esfuerzos.

Migraña: subtipo de cefalea que se presenta en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas, unilaterales, pulsátil, intensidad moderada a grave que aumenta con los esfuerzos y otros estímulos diversos se puede acompañar de náuseas y/o vómito, fotofobia y fonofobia.

Estas guías mencionan que la cefalea es una de las principales causas de consulta en la atención primaria. En donde inicia la cadena asistencial de los pacientes que acuden por esta causa, pues realiza los primeros diagnósticos, informan a los pacientes y por lo tanto se inicia los primeros tratamientos

La mayoría de los pacientes con cefaleas presentan cefaleas primarias y su diagnóstico es clínico. Por lo que el médico de atención primaria debe de realizar una anamnesis y exploración completa.

A si mismo sugieren que hay que evitar los siguientes prejuicios:

1.-Que los pacientes con cefalea son de difícil diagnóstico, ya que el 90 % de los pacientes con cefaleas tienen migraña o cefalea de tensión. El 9% de las cefaleas crónicas diaria con abuso de analgésicos u otros fármacos por lo que es

fundamental conocer bien los actuales criterios diagnósticos y el tratamiento de migraña, cefalea de tensión y cefalea crónica.

2.-Que los pacientes con cefalea ocupan mucho tiempo en consulta: La mayoría de los pacientes con migraña o cefalea de tensión no necesita más de 15 minutos de consulta, pero regresan en varias ocasiones.

3.- Por último que no hay ayuda eficaz para paciente con cefalea: El control clínico puede lograrse en el 60% al 80%.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Con respecto a la exploración física las Guías de Práctica Clínica sugieren lo siguiente:

- -Inspección: Afección del estado general del paciente.
- -Toma de presión arterial con una adecuada técnica.
- -Auscultación cardiaca.
- -Auscultación craneal.
- -Órganos específicos, explorar oídos, nariz, faringe, y ojos para descartar: otitis, sinusitis o glaucoma.
- -Otras exploraciones: masas abdominales, cadenas ganglionares y exploración de raquis.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE recomendando los siguientes:

- -Hemograma.
 - -Radiografía simple de cráneo.
- Radiografía simple de columna cervical.
- -Tomografía axial.
 - -Resonancia magnética.
 - -Electroencefalograma.

ACTITUD TERAPEUTICA: Una vez diagnosticada la cefalea recomiendan las guías determinar si es primaria o secundaria y continuar con lo siguiente:

Ante la presencia de cefaleas secundarias, neuralgias de pares craneales o arteritis de células gigantes debe considerarse la posibilidad de enviar al paciente

a un segundo nivel asistencial en función de las características del cuadro clínico responsable de la cefalea.

El médico de atención primaria es la pieza clave en la prevención de la automedicación de los pacientes con cefaleas recurrentes. Factor que con mucha frecuencia hace que una cefalea episódica se transforme en una cefalea crónica.

Las Guías de Práctica Clínica sobre cefaleas definen a la migraña como un proceso de curso episódico con fases asintomáticas entre las crisis en que la cefalea es el componente predominante, el diagnóstico es clínico.

La International Headache Society (IHS). Elaboro en 2004 los criterios que actualmente se utilizan para el diagnóstico de migraña que son los siguientes para migraña sin aura:

A: Haber presentado por lo menos cinco episodios que cumplan los criterios B-E.

B: Ataques de cefalea con duración de 4 hasta 72 horas (sin tratar o tratados sin éxito). En menores de 15 años los ataques duran de 2 a 48 horas. Si el paciente se duerme con migraña y se despierta sin migraña la duración del ataque se considera hasta el momento de despertar.

C: La cefalea debe tener dos de las siguientes características

- -Localización unilateral.
- -Calidad pulsátil.
- -Intensidad de moderada a grave.
- -Se agrava con la actividad física de rutina.

D: Durante los ataques de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:

- -Náuseas, vómitos o ambos.
- -Fotofobia y fonofobia.

E: La historia clínica, las exploraciones física y neurológica y en caso necesario las investigaciones oportunas, descartan una cefalea sintomática o secundaria.

Los criterios diagnósticos según la International Headache Society de migraña con aura son las que se describen a continuación:

A: Haber presentado por lo menos dos ataques que cumplan el criterio B.

B: el aura debe cumplir por lo menos tres de los siguientes criterios:

- -Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de cuatro minutos o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
- -Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presenta más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.
- -La cefalea sigue al aura con intervalo libre de menos de 60 minutos o puede empezar antes o al mismo tiempo que el aura.
- -La historia clínica, la exploración neurológica y en su caso las investigaciones oportunas descartan una cefalea secundaria o sintomática.

Signos de alarma: Los cuales obligan a remitir al enfermo a segundo nivel:

- -Cefalea de inicio reciente en menores de 50 años.
- -Cefalea de intensidad progresiva
- -Cefalea de carácter gravitatorio que empeora con el sueño, al decúbito o maniobras de valsalva.
- -Aura atípica.
- -Cefalea asociada a fiebre, a alteraciones de consciencia u otras alteraciones asociadas a exploración física.
- -Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica.
- -Cambios en el patrón de la cefalea.
- -Cefalea estrictamente unilateral.
- -Falta de respuesta a tratamientos habituales.

SITUACIONES ESPECIALES: Las Guías de Práctica Clínica identifican las siguientes situaciones:

- -Migraña en la infancia. Se presenta desde los cinco años con una prevalencia del 10 %, la prevalencia incrementa con la edad, es más frecuente en sexo masculino hasta los 12 años, ya que a partir de los 12 años se invierte. El estrés escolar es un factor de gran importancia, aun sin detectar problemas escolares. Pueden presentar tres categorías que son vómitos cíclicos, migraña abdominal y vértigo paroxístico de la infancia. La Academia Americana de Neurología y la Sociedad Infantil de Neurología las tratan a base de paracetamol. El sumitriptan inhalado es efectivo en adolescentes menores de 12 años. (16) (17)
- -Migraña y embarazo. El embarazo puede mejorar la condición de la migraña y suele recurrir en el post-parto o puede iniciar en el embarazo pero no altera este estado fisiológico. Su manejo en esta etapa se enfoca a disminuir los factores desencadenantes, ya que se debe evitar la medicación en esta etapa y se debe sopesar el potencial de riesgo ya que el estatus migrañoso puede ser peligroso. En caso de ser necesario se debe iniciar con paracetamol, ácido acetil salicílico en periodos cortos, clorpromacina, metoclopramida y propranolol. (18)
- -Migraña y enfermedad cardiovascular.
- -Migraña y anticonceptivos orales. El uso de anovulatorios tiene relación importante con migraña y con isquemia cardiaca. Por otro lado la paciente con migraña que inicio el uso de anovulatorios puede empeorar el problema. Por lo que no se debe recomendar el uso de anovulatorios en pacientes con migraña.
- -Migraña y menstruación. También llamada migraña de la menstruación ya que es exclusiva en los días inmediatamente anteriores y segundo día de la menstruación; el tratamiento es con estradiol percutáneo y como rescate sumitriptan.
- -Migraña y menopausia. Generalmente las migrañas decrecen con la menopausia pero en algunas mujeres empeoran en el climaterio. Son de peor pronóstico las pacientes con histerectomía y ooforectomia, que en las que conservan sus ovarios. El tratamiento se basa en el uso de hormonales de sustitución.

CONSIDERAR ENVIO A SEGUNDO NIVEL: En los siguientes casos.

- 1.-Diagnóstico no seguro.
- 2.-Diagnóstico claro pero con dificultades para su manejo.
- 3.-El dolor es constitutivo de una enfermedad grave.
- 4.-Circunstancias sociales y ambientales. Que pueden empeorar la migraña:
 - 4.1.-Toxicomanías.
 - 4.2.-Minusvalía psíquica o grado de dependencia de tercera persona.
 - 4.3.-Soledad.
 - 4.4.-Aislamiento.
 - 4.5.-Comorbilidad.
 - 4.6.-Polifarmacia.
 - 4.7.-Mala relación médico paciente.
 - 4.8.-Circunstancias ambientales.

DERIVACIÓN A NEUROLOGO:

- -Aura es atípica.
- -Variación de las características del dolor.
- -Necesidad de una segunda opinión.
- -Comorbilidad.
- -Ineficacia en los tratamientos habituales.
- -Efectos secundarios de los fármacos prescritos.
- -Paciente que maneja mal la medicación y adopta abuso de fármacos.
- -Situaciones especiales.
- -Petición del propio enfermo.

DERIVACIÓN URGENTE:

- -Presencia de aura intensa.
- -Trastornos neurológicos acompañantes.
- -Cefalea que dura más de 72 horas y no puede ser manejada en atención primaria.
- -Mal estado general del paciente.
- -Crisis de migraña que no responden a tratamiento.

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: Una vez establecido el diagnóstico de cefalea los pacientes deben continuar con un seguimiento de los pacientes tomando en cuenta lo siguiente:

- -Diagnostico ya establecido con muy alta probabilidad en varios episodios previos similares y con características algicas consecutivas de migraña.
- -El aura si se presenta ha de ser característica de una migraña.
- -Ningún indicio de cefalea secundaria.
- -Descartado el abuso de analgésicos u otra medicación.
- -Ausencia de co-morbilidad que complique el proceso o dificulte su manejo.
- -Debe haber un conocimiento por parte del paciente de cuál es su problema y ha de mediar la aceptación del mismo.

La elaboración de las Guías de Práctica Clínica ésta basada en evidencia científica pero su aplicabilidad puede variar dependiendo de los pacientes que se valoran. No dejando atrás el conocimiento de los expertos que elaboraron estas guías.

La metodología para la elaboración de estas guías se fundamenta en lo siguiente:

- -Se basan en la opinión de expertos, no existiendo una sistematización en su elaboración, no existiendo una base científica por lo que pueden existir sesgos importantes.
- -Se basan en consensos: En este aspecto si existe una metodología en su elaboración basada en evidencia científica, de cualquier forma pueden existir sesgos al seleccionar un estudio.

Ya sea evidencia basada en evidencia y el consenso de expertos ambas se diferencian por que identifican claramente los integrantes del grupo que apoyaran la elaboración estandarizando la búsqueda y evaluación critica de la bibliografía por otro lado el nivel de evidencia está basado en un determinado nivel de acuerdo a su aplicación. Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de determinado tipo de patologías.

De la misma forma las Guías de Práctica Clínica pueden ser elaboradas para incorporar aspectos propios solo un padecimiento específico. Pasando desde definición, diagnóstico, tratamiento y hasta rehabilitación de este mismo. Por lo que las Guías de Práctica Clínica deben tomar en cuenta los diferentes niveles asistenciales.

Del mismo modo las Guías de Práctica Clínica se usan para estandarizar la práctica clínica de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Teniendo como objetivo la atención de padecimientos específicos o condiciones clínicas generales. Su adecuada utilización favorecerá a un mejor pronóstico y calidad de vida del paciente disminuyendo complicaciones y costos. Cuando las Guías de Práctica Clínica son utilizadas adecuadamente la atención mejorara el estado de salud de los pacientes. Por lo que la realización de las Guías de Práctica Clínica deben evaluar los resultados de salud y su desempeño. Siendo estas guías un instrumento importante para elaborar estrategias de educación para los profesionales de la salud y favorecerá la comunicación entre estos y su población.

Al inicio de la formulación de la Guías de Práctica Clínica a nivel nacional se organizaron grupos multidisciplinarios con médicos y otros profesionales de la salud (operativos y administrativos) y actualmente están trabajando en la revisión sistemática de guías ya existentes de evidencia científica aplicados a nuestro medio, todo esto para elaborar o adaptar las Guías de Práctica Clínica en cada contexto actual posterior a la validación de las mismas por otro grupo de expertos que ya hayan participado en su elaboración previamente, difundiendo e implementando estas guías constantemente.

Este grupo de expertos también evaluaran las diferentes etapas del proceso y su impacto en el sistema de salud por medio de indicadores de efectividad y costos asociados a los protocolos de atención de las Guías de Práctica Clínica. Por lo tanto estas Guías de Práctica Clínica son realizadas con el esfuerzo de médicos y profesionales de salud tras un trabajo arduo.

En la actualidad la elaboración de las Guías de Práctica Clínica se basan en la evidencia científica pero para aplicarlas es necesaria la participación del consenso de expertos y de los profesionales usuarios en este caso de la Guía de Práctica Clínica para la cefalea.

Por lo anterior se realizará una lista de cotejo siguiendo las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la cefalea en el primer nivel de atención los datos obtenidos serán recabados en la hoja de recolección de datos en donde se agrega información sociodemográfica del médico del primer nivel de atención.

Recomendación: encargo o suplica que se hace a otro.

Evidencia: certeza clara, manifiesta y tan perceptible que nadie puede racionalmente dudar.

Las recomendaciones se clasifican de la siguiente manera:

Prevención primaria.

Promoción de la salud.

Recomendaciones:

E.-Los hábitos de sueño (exceso o muy o pocas horas de sueño) puede tener relación con la presentación de ataques de migraña (es a lo que se denomina higiene del sueño).

R: Orientación al paciente y a la familia sobre el periodo de sueño reparador de 6 a 8 horas.

E.-Factores ambientales (recreación y ocupación) puede tener relación con la presentación de los ataques de migraña tales como estímulos frecuentes e intensos de tipo luminoso o aditivo

R: Eliminación de estímulos luminosos (disminución del tiempo de exposición en pantallas y sonidos intensos).

Prevención secundaria.

Detección.

Factores de riesgo:

E-Alimentos que son factores de riesgo para ataques de migraña.

- Dieta con grasas insaturadas.

- Quesos, embutidos y enlatados.
- Cítricos.
Vino tinto.
- Cafeína y chocolate.

R: Disminuir o eliminar el consumo de los alimentos antes mencionados.

E.- Consumo de alcohol y tabaco representan un factor de riesgo para la migraña.

R: Disminuir consumo de alcohol y tabaco.

E: Estrés o ansiedad.

R: Manejo de estrés y ansiedad.

E: Cambios hormonales en peri-menopausia y peri-ovulatorios.

R: Valorar terapia hormonal de reemplazo.

Diagnóstico clínico.

E: Historia clínica.

R: Anamnesis completa si presenta cinco ataques que cumplan los siguientes criterios:

Ataque que dura sin tratar 4 a 72 horas.

Ataque que cumpla dos de las siguientes características:

- Unilateral.
- Pulsátil.
- -Moderado a severo.
- -Se agrava con la actividad física.

Durante el ataque presenta uno de los siguientes síntomas:

- -Náuseas o Vómito.
- -Fotofobia, fonofobia y osmofobia.

Criterios de referencia y contra-referencia:

E: Cefalea con nivel de estatus severa mayor de 72 horas.

R: Enviar al servicio de urgencias.

E: Hay varios factores de riesgo sugestivos de que la causa de la cefalea sea seria y que requiera tratamiento urgente.

R: Enviar al servicio de urgencias cuando presente:

- -Cefalea que sea la primera de ese tipo y la peor del paciente.
- -Un cambio en frecuencia, severidad, o características clínicas del ataque al que está acostumbrado el paciente.
- -Un nuevo ataque de cefalea en pacientes de edad media o mayores de 55 años o un cambio significativo en la duración.
- -Cambios en la agudeza visual, campo visual o diplopía.
- -La ocurrencia de una cefalea nueva progresiva durante varios días.
- -Precipitación de cefalea con las maniobras de vósalva.

E: Presencia de los siguientes signos y síntomas

- -síntomas sistémicos como mialgias, fiebre, malestar general o pérdida de peso,
- -Síntomas y signos neurológicos focales, convulsión o cualquier alteración de la consciencia.

R: Envío a urgencias,

E: En ocasiones la cefalea se clasifica como secundaria y se sospecha una causa subyacente que amerita valoración urgente.

R: Valorar realizar estudios complementarios para el diagnóstico o enviar a segundo nivel.

E: Son criterios de envío a la consulta de segundo nivel:

- -Cefalea con síntomas clínicos característicos de migrañas crónicas primarias.
- -Presencia de síntomas anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.

- -Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- -Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de las cefaleas.
- -Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- -Cefalea complicada con abuso de fármacos.

R: Envío a medicina interna o neurología con radiografía de cráneo-cervical y estudios de laboratorio básicos biometría hemática y química sanguínea.

E: Apoyo psicológico en estados de ansiedad y depresión ayuda al manejo integral de la cefalea tensional y migraña.

R: Envío a psicología y/o psiquiatría.

EVIDENCIA.

Descartar otras patologías neurológicas como las que abajo se enuncian:

- -Masa intracraneal.
- -Parasitosis cerebral.
- -Infección de sistema nervioso central,
- -Hemorragia o trombosis cerebral.
- -Fractura de cráneo.

Causas más frecuentes de cefaleas no neurológicas son las siguientes:

- -Rinosinusitis,
- -Otitis y/o mastoideitis.
- -Problemas dentales.

RECOMENDACIÓN:

- -Radiografía. Simple de cráneo anteroposterior.
- -Radiografía de cráneo lateral.
- -Radiografía de senos paranasales.

EVIDENCIA:

- -La mayoría de los pacientes no requieren pruebas diagnósticas.

RECOMENDACIÓN.

Valoración en segundo nivel

- -Punción lumbar.
- -Electroencefalografía.
- -Resonancia magnética.
- -Tomografía axial computada.

EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN:

- -Paracetamol 650-1300 mg. Cada 4 horas.

EVIDENCIA:

- -Ibuprofeno.

RECOMENDACIONES.

- -Ibuprofeno de 400-1200 mgrs. Cada 6 horas por 10 días.

EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN

Asi mismo las Guías de Práctica Clínica de cefaleas sugiere lo siguiente:

EXPLORACION NEUROLOGICA:

- -Consciencia y estado mental.
- -Pares craneales.
- -Signos de déficit neurológico focal.
- -Signos de irritación meníngea.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- -Paracetamol: 1000 mg vía oral.
- -Acido acetil salicílico: 900-1000 mg vía oral.
- -Ketorolaco 30 mg vía oral
- -Naproxeno 500-1000 mg vía oral.
- -Ibuprofeno 600-1200 mg vía oral.
- -Diclofenaco 50-100 mg vía oral.

FARMACOS ESPECIFICOS PARA LA MIGRAÑA:

- -Sumatriptán 50-100 mg vía oral.
- -Almotriptán 12.5 mg vía oral.
- -Eletriptán 20-40 mg vía oral.
- -Ergotamina 1-2 mg vía oral.
- -Dihidroergotamina 0.5-1 mg vía oral.
- -Metoclopramida 10 mg vía oral.
- -Domperidona 10-30 mg vía oral.

OPCIONES FARMACOLOGICAS PREVENTIVAS:

Cuyo objetivo de otorgarlo es disminuir o quitar la cefalea antes de que se presente la misma, mediante las siguientes indicaciones

-Propranolol 40-160 mg vía oral en 2-3 tomas en 24 horas.

- -Atenelol 50-200 mg vía oral día.
- -Metoprolol 100-200 mg vía oral 2 tomas al día.
- -Timolol 10-60 mg vía oral en dos tomas.
- -Nicardipino 40-60 mg día en una a tres dosis.
- -Verapamilo 80-240 mg en tres dosis.
- -Metisergida 2-6 mg vía oral día.
- -Ciproheptadina 8-16 mg día.
- -Pizotifeno 0.5-1.5 mg día.
- -Rivoflavina 400 mg día.

Vademecúm

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

El tratamiento va encaminado a profilaxis y para remisión del dolor mediante lo siguiente:

- Compresas de agua fría.
- Aislar al paciente evitando estímulos.
- Incapacidad temporal: Se otorga todo paciente trabajador, para disminuir cualquier factor que desencadene la cefalea relacionada con el trabajo, el tiempo varía dependiendo de la intensidad y tiempo de duración y el médico familiar debe revalorar si el paciente continua con cefaleas a pesar del tratamiento. (19) (20)

Se estructuró una lista de cotejo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica por el diagnóstico de cefalea, la cual fue construida y validada por expertos, toma en consideración aspectos como: inicio, sitio e intensidad de dolor, síntomas acompañantes, causas desencadenantes, causas que disminuyen el dolor, signos vitales, historia familiar de migraña, si existen síntomas neurológicos focales, riesgos sugestivos de la causa de cefalea, uso de terapia hormonal o de reemplazo, examen neurológico completo, estudios de laboratorio, estudios de gabinete, identificó alimentos que empeoran la cefalea, se recomendó uso de alimentos ricos en fibra, recomendó evitar consumo de alcohol y tabaco, se recomendó sueño reparados, evitar estímulos luminosos y auditivos, recomendó terapia de relajación, consejos posturales, eliminar consumo de grasas insaturadas, consumo de quesos y cítricos, se envió a urgencias cuando la cefalea fue la peor un su vida o cuando la cefalea aumento drásticamente, se envió a urgencias cuando presento cambios en la agudeza visual, cuando la cefalea se presentó por maniobras de Valsalva, cuando la cefalea se presentó por más de 72 horas, cuando se encontró exploración neurológica anormal, cuando la cefalea continuo a pesar de sintomáticos adecuados, cuando existía modificación no clara de la cefalea, cuando se sospecha de cefalea secundaria o cuando se complicó con abuso de fármacos en evidencia científica válida y confiable.

Las opciones de respuesta son del tipo si, no o no aplica.

Para la calificación global del porcentaje de cumplimiento de apego, se toma en consideración lo siguiente:

-Puntos cumplidos.

-Puntos susceptibles a evaluación.

-Con la siguiente formula:

Porcentaje de cumplimiento $\frac{\text{total de puntos cumplidos}}{\text{Total de puntos a evaluar}} \times 100$

Total de puntos a evaluar

Con el resultado se procede a evaluar el apego a las recomendaciones de la guía práctica clínica por parte de los médicos de primer nivel por el diagnostico de cefalea en pacientes adultos en la unidad de medicina familiar 248 como sigue:

BUENA >90 %.

REGULAR >60% <89 %

MALA <59%.

CAPITULO TERCERO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS SOBRE EL APEGO A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Los antecedentes sobre el uso y apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en general, se centra en otras patologías, no obstante para el manejo de la migraña y cefalea tensional en el adulto son pocas las publicaciones que se encuentran.

Se recomienda enviar a pediatría a pacientes pediátricos sin ningún antecedente para control de esta.

En un estudio realizado en España en año 2006 por el doctor José Manuel Martínez Eisaguirre con el título "Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea" sólo la mitad de las cefaleas primarias consultan alguna vez al médico, pero a pesar de esto es el motivo de consulta neurológico más frecuente entre los médicos de familia. En donde se realizó un estudio descriptivo, transversal por medio de una encuesta por correo de una muestra aleatoria de 1,185 médicos, estos estudios se realizaron en los meses de enero, marzo y junio del 2010. Este estudio se diseñó con el objetivo de conocer la actitud de los médicos de familia en España frente a las cefaleas. Esto lo realizaron mediante varios cuestionarios que abarcan los siguientes puntos variables, especificidad, presión asistencial, interés, conocimiento de las clasificaciones de las cefaleas según la sociedad internacional de cefaleas, valorando el grado de utilización y difusión del manual de recomendaciones sobre cefaleas de la sociedad española de medicina familiar.

La población de estudio se distribuye en Insalud 35,6 %, al servicio catalán de salud 16.2 %, al servicio Vasco de salud 6.2 %, Servicio Andaluz de salud 19.4 %, servicio canario de salud 3%, servicio Gallego de salud 8.1 %, servicio Navarro de salud 2 % y el servicio Valenciano de salud 9.4 %.

Se realizó un análisis estadístico univariable y bivivariable, mediante el programa estadístico SPSS 10.0 y empleo el programa SYSTAT 11 para hallar intervalos de confianza.

RESULTADOS:

Mujeres 312 que equivale a 43.3 %, hombres 404 que equivale a 56%, no contestaron 5 lo que equivale a 0.7 %.

Según su formación se encontraron: médico general 256 lo que es equivalente a 35.4 %, médico familiar vía MIR 313 lo que equivale a 43.4 %, médico de familia no MIR 107 que equivale a 14.8%, otra especialidad 42 que equivale a 5.8 % y no contestaron 4 que equivale a 0.5 %,

Por presión asistencial: cuyo mayor porcentaje fue de 30.5% y presentó entre 36 y 45 años de los médicos.

Prevalencia de diferentes tipos de cefaleas. La migraña con aura se presentó en 8.6% migraña sin aura en 18.8% cefalea tensional 36,6%, cefalea en racimos 1%, cefalea crónico diaria en 1.8 % y algún tipo de cefalea 51.5%.

El Interés por las cefaleas muy alto fue 6.8%, alto 63% medio 28.1% y bajo interés 1.15%

Tiempo de dedicación en la primer consulta, algo mayor 68% y mucho mayor solo 12.6%.

Exploración en pacientes que acuden por primera vez solo se realiza algunas veces 14.9, la mayoría de veces 30.6%y siempre 54.1%.

Conocimiento y utilización de la Clasificación la Sociedad Internacional de cefaleas:

No la conozco en absoluto	15.9%
La he oído nombrar o leído alguna vez	30.9%
La conozco aunque no la utilizo	20.4%
La conozco y he llegado a utilizarla alguna vez	27.2%
La conozco y utilizo asiduamente	5.4%

Derivación a especialistas de diferentes tipos de cefaleas:

Tipo de cefalea 1E	Derivación a todos los médicos	Con acceso a neuroimagen	Sin acceso a neuroimagen
Migraña sin aura 1E	12.2%	14.1%	11.7%
Migraña con aura 1E	42.3%	45.4%	41.6%
Cefalea en racimos 1E	52.5%	58.9%	50.9%
Cefalea tensional 1E	2.6%	4.2%	2.3%
CCDSA	32.3%	27.5%	33.5%
CCDCA	5.6%	59.9%	55%
CAT	93.1%	89%	94.5%

1E Primer episodio, CCDSA cefalea crónica diaria sin abuso de analgésicos, CCDCA: cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos, CAT: cefalea por artritis de la temporal.

Porcentaje de utilización de fármacos en episodios de cefalea:

	Aspirina	Paracetamol	AINE	triptanes	Ergotamina	otros
Migraña leve	5.2	61.3	27.6	2.9	2.4	0.9
Migraña Moderada	1	10.1	64.1	17.5	5.7	1.9
Migraña severa	0	0.3	6	88.4	2.5	3.1
Cefalea tensional	1.8	33.7	38.5	2.5	0.9	22.1

AINE: antiinflamatorio no esteroideo

Tratamiento preventivo:

Antagonistas	Bloqueadores	Amitriptilina	Otros
--------------	--------------	---------------	-------

	De Ca	Beta		
Migraña	40.9%	41.3%	5.4%	12.4%
Cefalea tensional	7.7%	8.2%	46.5%	37.6%
Cefalea crónica				
Diaria	15.4%	7.3%	37.9%	39.4%

Porcentaje de interés por la formación en cefaleas:

Tipo de cefalea	Muy alta	Alta	Regular	Bajo	Muy bajo
Migraña tensional	10.5	51.6	32.6	4	1.3
Migraña	14.6	61.4	22.3	1.3	0.4
CCD	18.4	58.9	20.3	1.9	0.6
CCDAA	21.4	51.6	23.7	2.7	0.6
Cefalea en racimos	10.7	51.3	32.2	4.9	0.9
Cefaleas secundarias	15	53.5	25.7	4.4	0.7

CCD: cefalea crónica diaria, CCDAA: cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos.

Por otro lado en otro protocolo se menciona lo siguiente:

- 1.- La historia clínica bien detallada arroja un alto porcentaje para la investigación.
- 2.- Una cefalea de aparición reciente requiere una Tomografía axial computada.
- 3.- La anemia puede ser una causa frecuente de cefalea.
- 4.- Las pruebas tiroideas son útiles para descartar hiper o hipotiroidismo.
5. Es de poca utilidad radiografía simple de cráneo.
- 6.- Sugiere pruebas rutinarias de personalidad.
- 7.- Potenciales evocados de larga evolución son útiles.
- 8.- El electroencefalograma puede ser de gran utilidad.

En resumen los españoles tienen un adecuado grado de interés abordaje y adecuado manejo en un gran porcentaje.

Con una conclusión en este protocolo que dice lo siguiente hasta ahora no hay todavía una explicación racional del mecanismo de instalación de la cefalea, las diferentes teorías no son aun concluyentes y este tema siempre será una controversia. (21) (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta y un reto para el médico familiar, ya que se presenta una serie de dificultades para precisar el diagnóstico y establecer medidas terapéuticas oportunas y adecuadas al paciente, lo cual deriva de que su presentación puede ser solo como un síntoma o como parte de un síndrome que es manifestación de una patología subyacente.

Aunado a lo anterior, el médico familiar realiza el abordaje de su paciente sin una sistematización adecuada, para elaborar hipótesis diagnósticas que permitan emitir un diagnóstico oportuno, tendiente a tomar decisiones pertinentes para diagnóstico y tratamientos oportunos, basados en la evidencia científica, específicamente con apego a las Guías de Práctica Clínica.

A lo anterior se agrega que existe una sobrecarga laboral, tiempo insuficiente para profundizar en el padecer del paciente, desconocimiento de la utilidad de las Guías de Práctica Clínica o de su contenido, falta de interés, desgaste laboral y sobrecarga laboral en la Unidad de Medicina Familiar 248, para una adecuada protocolización de pacientes con cefalea.

Podemos observar que es muy relevante el tema de las cefaleas ya que con un estudio de laboratorio o gabinete no se puede corroborar el diagnóstico como sucede en otras patologías.

Debido a lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 248 San Mateo Atenco de mayo a octubre del 2011?

JUSTIFICACIÓN

La cefalea es uno de los padecimientos más frecuentes encontrados en a consulta de medicina familiar a nivel Mundial la prevalencia de cefalea es del 12 %y 16 % de la población en general.

En Estados Unidos existen 2.1 millones de pacientes con este diagnóstico existiendo una relación mujer/hombre de 18 a 5. Una prevalencia de 96 con una frecuencia en sexo femenino de 99% y en sexo masculino de 93%, La evidencia de 3%. Su prevalencia es de 78% de la población general, la frecuencia en sexo femenino de 88% y en sexo masculino de 69%.

La prevalencia en México en el año 2005 fue 12.9 en mujeres y 3.9 en hombres con una relación de 3 a 1. En el Estado de México la frecuencia de cefalea cada año es de 7% en los hombres y de 15 % o 18 % en las mujeres cifra similar a todo Latinoamérica. (9)

La cefalea son una causa frecuente de consulta tanto en primer, segundo y tercer nivel de atención, por lo que es un reto diagnóstico y por ende de tratamiento adecuado, aunado a la problemática del paciente, lo que propicia que el padecimiento pueda evolucionar a una presentación crónica, por tal motivo repercute directamente sobre el estado emocional del paciente con trastornos del humor y del sueño que se verán reflejados en sus actividades cotidianas, mediante cambios bruscos de temperamento por lo que pueden ser causantes de alteraciones en la dinámica conyugal y familiar.

Las Guías de Práctica Clínica son un recurso accesible para el médico familiar siendo un apoyo para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Al identificar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 248, permitirá desarrollar estrategias educativas tendientes a mejorar la aptitud clínica del médico para la atención integral de sus pacientes y familias en forma oportuna y adecuada.

Es posible realizar este trabajo ya que se cuenta con todos los recursos necesarios tales como pacientes, guía de práctica clínica institucionales y apoyo de directivos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Grado de apego de los médicos de primer nivel de atención de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica para las cefaleas en pacientes mayores de 18 años en la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco de mayo a octubre del 2011.

Objetivos específicos

-Identificar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica por los médicos de primer nivel según edad.

-Identificar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica por los médicos de primer nivel según su género.

-Analizar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica por los médicos de primer nivel según formación académica.

-Identificar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica por los médicos de primer nivel según antigüedad laboral.

-Identificar el grado de apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica por los médicos de primer nivel según tipo de contratación.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Observacional

Tipo de estudio:

- descriptivo, transversal y retrospectivo

Población, Lugar y Tiempo

Total de expedientes de pacientes con diagnóstico de cefalea y migraña, atendidos por 19 médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248, de mayo a octubre del 2011.

Tamaño de la muestra.

No necesaria, ya que se analizaran el total de expedientes clínicos electrónicos de pacientes con diagnóstico de Cefalea y Migraña.

Tipo de Muestreo:

No probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Médicos de primer nivel de atención, adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 248.
- De ambos sexos
- De ambos turnos

Criterios de no inclusión

- Médicos que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Médicos de primer nivel de atención que no contestaron la ficha de identificación de datos.
- Los expedientes clínicos, con resumen clínico no relacionado con el diagnóstico de cefalea o migraña

2.5.4 Criterios para seleccionar expedientes

- Expediente clínico electrónico de pacientes adultos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248, con diagnóstico de Cefalea o Migraña con nota médica, realizada durante el periodo de mayo a octubre del 2011, según información proporcionada por el área de informática médica y archivo clínico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años vividos desde el nacimiento (diccionario enciclopédico haber)	Estratificación por decenios de edad de los médicos de primer nivel de atención.	Intervalo	20-29 años 30-49 años 40-49 años Más de 50	Cuantitativa
Sexo	Conjunto de características fenotípicas de las personas (diccionario enciclopédico haber)	Clasificar de acuerdo al género de los médicos de primer nivel de atención.	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa
Formación académica de los médicos	Dimensión integral de las actividades pedagógicas que conforman el currículum.	Nivel de formación académica alcanzada por los médicos de primer nivel de atención	Nominal	Médico General Médico familiar Médico otra especialidad	Cualitativa
Antigüedad laboral	Conformación de actividad laboral según los años laborados en la misma disciplina (diccionario enciclopédico haber)	Años de práctica médica de los médicos de primer nivel de atención en el IMSS por quinquenios	De razón	0-4 años 5-9 años 10-14 años 15-19 años 20-24 años 25-30 años	Cuantitativa
Tipo de contratación	Documento que especifica el acuerdo entre empresario y trabajador fijando servicios prestados por el empleado a cambio de una	De acuerdo a la categoría de los médicos del IMSS	Nominal	Temporal Base Médicos en formación	Cualitativa

	retribución (ley general del trabajo)				
Apego a las recomendaciones de la Guías de Práctica Clínica	Es la información disponible organizada según los criterios relacionados con características cuantitativas, cualitativas de diseño y de tipo de resultados.	Porcentaje de apego a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Cefalea Tensional y Migraña en el adulto.	Ordinal	Bueno >90% Regular 60-89% Malo <59%	Cualitativa

ANALISIS ESTADISTICO

ESTADISTICA DESCRIPTIVA:

Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, variables cualitativas frecuencia y porcentaje.

Presentación de los resultados se realizó con graficas de barra, de pastel y cuadro de frecuencias.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se pidió autorización al Director de la Unidad de Medicina Familiar 248 para realizar esta tesis de investigación.

Una vez obtenida la autorización y mediante una entrevista colectiva con todos médicos adscritos a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Numero 248, se presentó el trabajo de investigación y se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los médicos, así como el llenado de los datos sociodemográficos de los mismos, a excepción del médico encargado de este protocolo, por razones de ética.

-Se solicitó al encargado del departamento de áreas de Información médica y archivo clínico, el censo de pacientes con el diagnóstico de cefalea tensional y migraña por médico y por turno de la Unidad de Medicina Familiar Número 248, descartando los expedientes de pacientes que son revalorados por el mismo diagnóstico durante el periodo de mayo a octubre de 2011.

Posteriormente se solicitó autorización para tener acceso al expediente electrónico para evaluar el total de expedientes de los pacientes con diagnóstico de Cefalea y Migraña, sin tomar en cuenta las notas de pacientes que son revalorados por el mismo diagnóstico a través de la Lista de Cotejo para valorar su apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica.

Dicha lista de cotejo se estructuró con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica por el diagnóstico de cefalea, la cual fue construida y validada por expertos, toma en consideración aspectos como: inicio, sitio e intensidad de dolor, síntomas acompañantes, causas desencadenantes, causas que disminuyen el dolor, signos vitales, historia familiar de migraña, si existen síntomas neurológicos focales, riesgos sugestivos de la causa de cefalea, uso de terapia hormonal o de reemplazo, examen neurológico completo, estudios de laboratorio, estudios de gabinete, identificó alimentos que empeoran la cefalea, se recomendó uso de alimentos ricos en fibra, recomendó evitar consumo de alcohol y tabaco, se recomendó sueño reparados, evitar estímulos luminosos y auditivos, recomendó terapia de relajación, consejos posturales, eliminar consumo de grasas insaturadas, consumo de quesos y cítricos, se envió a urgencias cuando la cefalea fue la peor un su vida o cuando la cefalea aumento drásticamente, se

envió a urgencias cuando presento cambios en la agudeza visual, cuando la cefalea se presentó por maniobras de Valsalva, cuando la cefalea se presentó por más de 72 horas, cuando se encontró exploración neurológica anormal, cuando la cefalea continuo a pesar de sintomáticos adecuados, cuando existía modificación no clara de la cefalea, cuando se sospecha de cefalea secundaria o cuando se complicó con abuso de fármacos en evidencia científica válida y confiable.

Las opciones de respuesta son del tipo si, no o no aplica.

Para la calificación global del porcentaje de cumplimiento de apego, se toma en consideración lo siguiente:

-Puntos cumplidos.

-Puntos susceptibles a evaluación.

-Con la siguiente formula:

Porcentaje de cumplimiento $\frac{\text{total de puntos cumplidos}}{\text{Total de puntos a evaluar}} \times 100$

Total de puntos a evaluar

Con el resultado se procede a evaluar el apego a las recomendaciones de la guía práctica clínica por parte de los médicos de primer nivel por el diagnostico de cefalea en pacientes adultos en la unidad de medicina familiar 248 como sigue:

BUENA >90 %.

REGULAR >60% <89 %

MALA <59%.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los procedimientos se basan en Código de Núremberg (1947) y el reporte de Belmont del consentimiento voluntario, siendo los principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas que serán sometidas a experimento debiendo ser legalmente capaces de dar consentimiento; las normas enmendadas de la Declaración de Helsinki (1964) y modificaciones establecidas por la 29^a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón (Octubre 1975), la 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia (Octubre 1983), la 41^a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong (Septiembre 1989), la 48^a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica (Octubre 1996), y la 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia (Octubre 2000)

El presente estudio se rige por los aspectos básicos de toda investigación biomédica, a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, según lo señalado en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, tomando en cuenta los contemplados en el Título Quinto capítulo único en sus artículos 96 al 103 de esta ley.

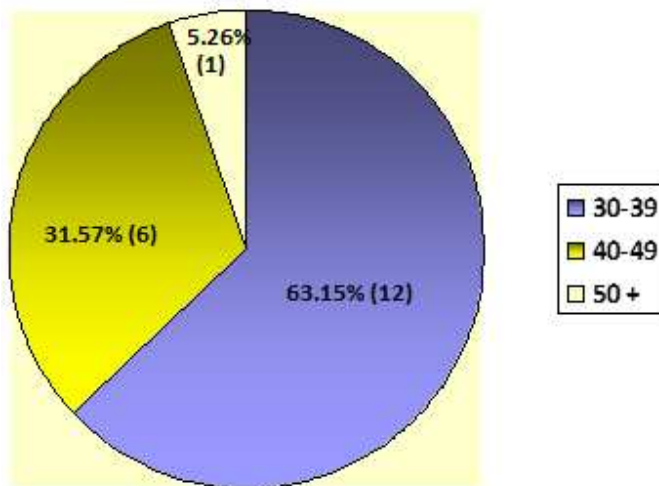
En los médicos de primer nivel de atención que obtengan un nivel bajo de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica se enviara con el jefe del departamento clínico y/o de educación en salud para su capacitación en educación continua.

RESULTADOS

Se estudiaron 62 expedientes con el diagnóstico de cefalea o migraña de 19 médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 248 San Mateo Atenco, Estado de México poniente, mediante un muestreo no probabilístico, en donde se encontraron las siguientes características:

En relación al intervalo por grupo de edad, se encontró un predominio de 30 a 39 años con 63.15% (12), siguió de 40 a 49 años de edad con el 31.57% (6), de más de 50 años hubo el 5.26% (1) y no existen médicos de 20 a 29 años de edad.

Grafica 1: Frecuencia según grupo de edad de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F No. 248 durante el periodo comprendido de marzo a octubre del 2011.

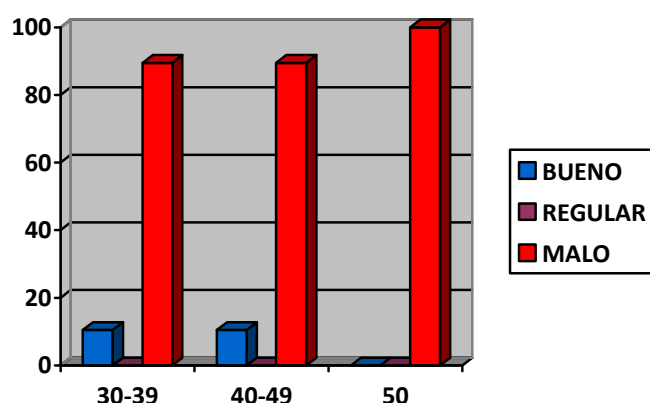


Fuente: Encuesta.

Ahora por el grado de apego a las recomendaciones de Guía de Práctica Clínica por el diagnóstico de cefalea y migraña se encontró que apego por los médicos de 30-39 años de edad es del 10.52 %(2), con el mismo porcentaje se encuentra el grupo de edad de 40-49 años de 110.52 % (2) y por último los mayores de 50 años presentaron un apego de 5.27 %(1).

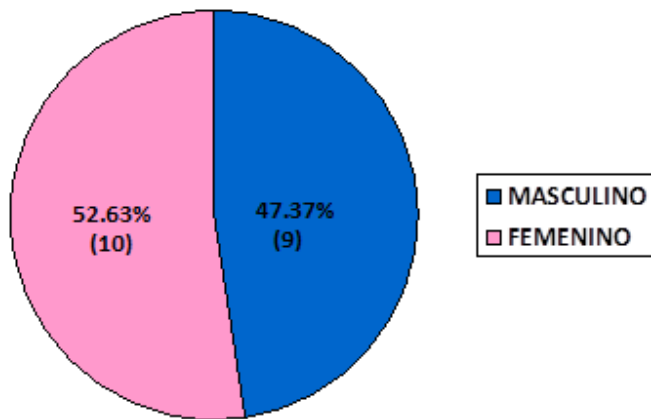
Grupo de edad	Apego a la GPC					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
30-39 años	2	10.525	0	0	10	52.63
40-49 años	2	10.525	0	0	4	21.04
Más de 50 años	0	00.00	0	0	1	5.28
TOTALES	4	21.05	0	0	15	78.95

Grafica 2: Grado de apego a las recomendaciones de la guía de practica clinica para el diagnostico de cefalea y migraña en adultos por los medicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F-248 durante el periodo de mayo a octubre del 2011, por grupo de edad.



Por otro lado con respecto a la frecuencia por genero se encontró un predominio de medicos del sexo femenino con 52.63 % (10) y con sexo masculino 47.37 % (9).

Grafica 3: Frecuencia según genero de los medicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 durante el periodo comprendido de mayo a octubre del 2011

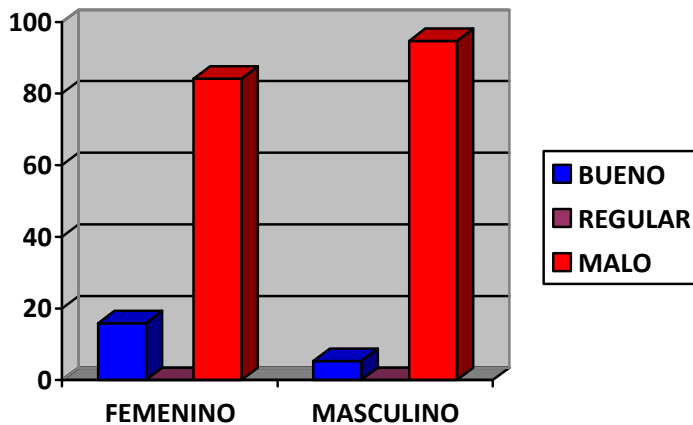


Fuente: Encuesta.

En relación al grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de cefalea y migraña en adultos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San mateo Atenco clasificado por sexo durante el periodo de mayo a octubre del 2011 se encontró que predomino el mal apego en ambos sexos, presentando el sexo femenino 15.78% (3) y por su lado el sexo masculino 5.27 % (1).

Genero	Apego a la GPC					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	3	15.78	0	0	7	36.85
Masculino	1	5.27	0	0	8	42.1
Total	4	21.05	0	0	15	78.95

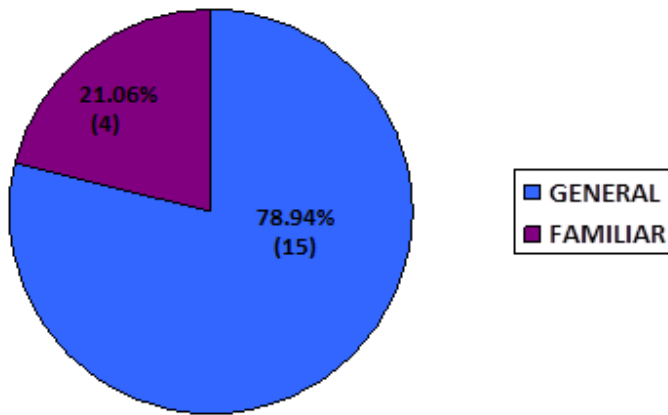
Grafica 4: Grado de apego a las recomendaciones de la guía de practica clínica para el diagnostico de cefalea y migraña en adultos por los medicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F 248 por genero durante el periodo de mayo a octubre del 2011.



Fuente: Notas medicas.

Por otro lado en relacion a la clasificación de los medicos de primer nivel de atención según su formación academica se encontró que el porcentaje de los medicos generales es de 78.94 % (15) y los medicos familiares se encuentra el 21.06% (4)

Grafica 5 Frecuencia según la formación académica de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. 248 durante el periodo comprendido de mayo a octubre del 2011.

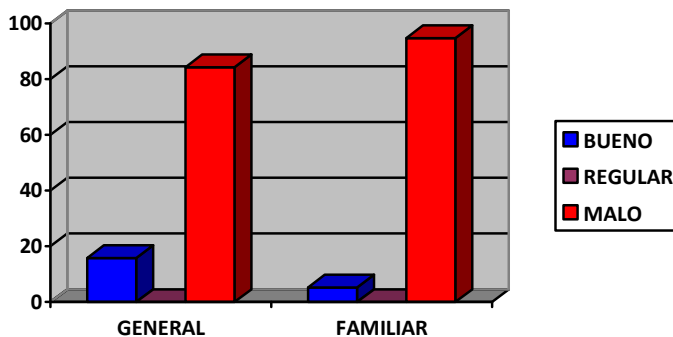


Fuente : Encuesta.

En relación al grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de cefalea y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San mateo Atenco clasificado por su formación académica durante el periodo de mayo a octubre del 2011 se encontró que predominó el mal apego, presentando los médicos generales un 15.78 % (3) y por su parte los médicos familiares presentan un apego del 5.27 % (1).

FORMACION ACADEMICA	Apego a la GPC					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
General	3	15.78	0	0	7	36.85
Familiar	1	5.27	0	0	8	42.1
Total	4	21.05	0	0	15	78.95

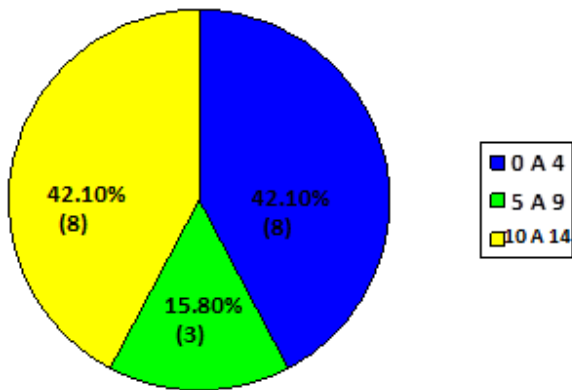
Grafica 6: Grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el diagnóstico de cefalea y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención U.M.F 248 por formación académica durante el periodo de marzo a octubre del 2011.



Fuente: Notas medicas.

Por otro lado la frecuencia según la antigüedad de los médicos de primer nivel de atención en la unidad de medicina familiar 248 encontrando que 0-4 se encuentra el 42.1% (8), de 5-9 años también se encuentra 42.1% y por último de 10 a 14 años de encuentra 15.8 % (3), no encontrando médicos de mayor antigüedad y por ende no se encuentran ninguna nota de médicos de más de 15 años de antigüedad.

Grafica 7: Frecuencia según tiempo de antigüedad de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. 248 durante el periodo comprendido de mayo a octubre del 2011.

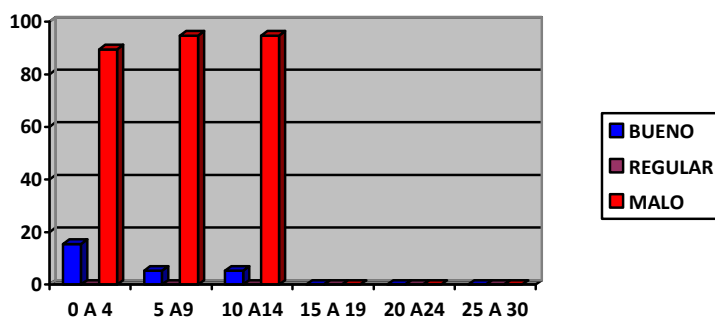


Fuente: Encuesta.

Por otro lado grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de cefalea y migraña en adultos, por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco clasificado por su antigüedad laboral durante el periodo de mayo a octubre del 2011 se encontró que predominó el mal apego, presentando los médicos con una antigüedad de 0-4 años presentan un apego del 10.51 % (2) y por su parte los médicos con una antigüedad de 5-9 años presentan un apego del 5.27 % (1) y por último los médicos de 10 a 14 años presentan 5.27 % (1). Sin encontrar médicos de mayor antigüedad.

Antigüedad	Apego a la GPC					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
0-4 años	2	10.51	0	0	6	31.58
5-9 años	1	5.27	0	0	7	36.85
10-14 años	1	5.27	0	0	2	10.52
15-19 años	0	0	0	0	0	0
20-25 años	0	0	0	0	0	0
25-30 años	0	0	0	0	0	0
Total	4	21.05	0	0	15	78.95

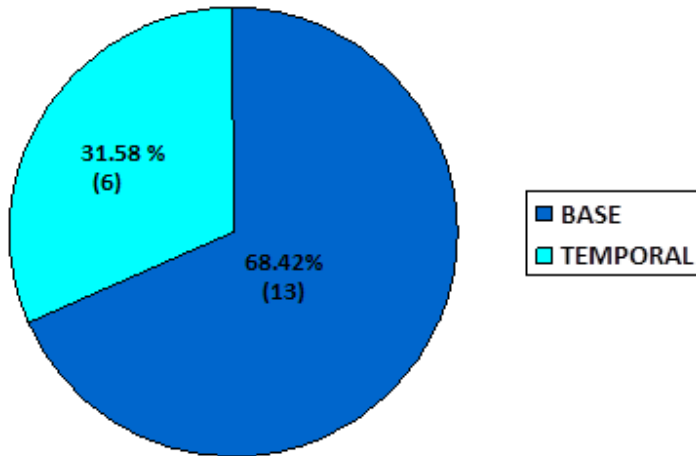
Grafica 8: Grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el diagnóstico de cefalea y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención U.M.F 248 según su antigüedad durante el periodo de marzo a octubre del 2011.



Fuente: Notas medicas.

Ahora la última frecuencia es en relación al tipo de contratación se encontró que predomina los médicos de tipo de contratación temporal encontrando 68.42 % (13) y los médicos de base se encuentran en un 31.58 % (6).

Grafica 9: Frecuencia según el tipo de contratación de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. 248 durante el periodo comprendido de mayo a octubre del 2011.

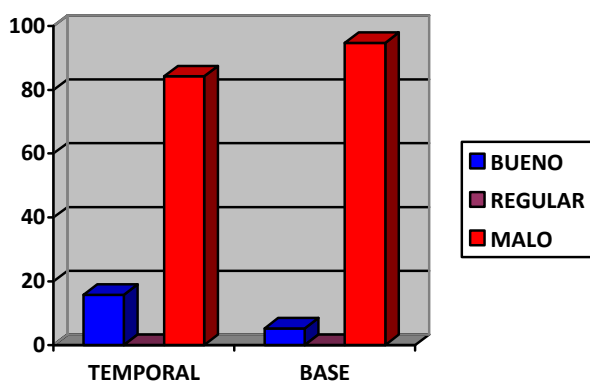


Fuente: Encuesta.

Por último el grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de cefalea y migraña en adultos, por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San mateo Atenco clasificado por su tipo de contratación durante el periodo de mayo a octubre del 2011 se encontró que predominó el mal apego, presentando los médicos con contratación temporal presentan un 15.78 % (3) y por su parte los médicos de base presentan un apego del 5.27 % (1).

Contratación	Apego a la GPC					
	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Temporal	3	15.78	0	0	10	52.63
Base	1	5.27	0	0	5	26.32
Total	4	21.05	0	0	15	78.95

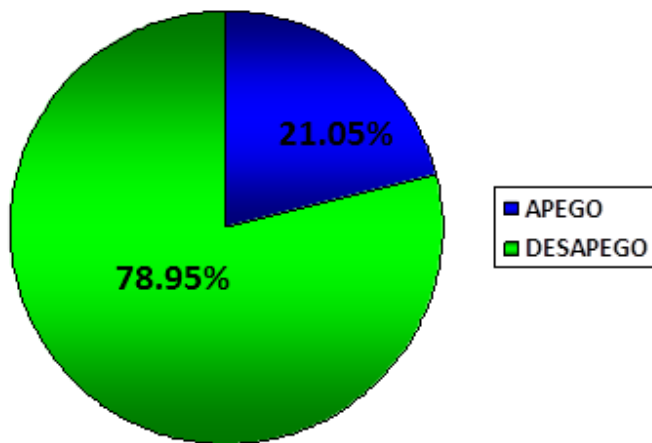
Grafica 10: Grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el diagnóstico de cefalea y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención U.M.F 248 por tipo de contratación durante el periodo de marzo a octubre del 2011.



Fuente: Notas médicas.

Con respecto al grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de cefalea y migraña y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco durante el periodo de mayo a octubre del 2011 se encontró que predominó el mal apego con un 78.95% (15), sigue bueno con un 21.05% (4) y no se obtuvo ninguno en el nivel regular.

Gráfica.11-Grado de apego a las recomendaciones de la guía de práctica clínica por el diagnóstico de cefalea y migraña en los adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF No.248 durante el periodo de mayo a octubre del 2011.



Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

Consideramos necesario destacar las dificultades inherentes a la percepción que tienen de las condiciones de trabajo en que laboran los médicos del primer nivel de atención tales como: sobrecarga de trabajo, 15 minutos por consulta, limitantes administrativas para solicitar estudios de laboratorio y gabinete que se requieren para afinar un diagnóstico, desconocimiento o falta de interés para utilizar las guías de práctica clínica. Aunado a lo anterior al ser considerada la cefalea como un síntoma y no como un diagnóstico, el médico puede considerar o no un protocolo de estudio específico para precisar el diagnóstico.

Las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento, el apego a las mismas deberá basarse en el juicio clínico de quién las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica médica.

Es así que la atención del padecer del paciente, como eje rector de la práctica médica, implica el desarrollo de un razonamiento hipotético- deductivo en donde la búsqueda de respuestas para explicar la situación clínica va más allá del seguimiento acrítico de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, el análisis de dichas recomendaciones debe mejorar la capacidad resolutive del médico.

Por consiguiente en nuestra investigación se elaboró una lista de cotejo con las recomendaciones de la GPC en donde la evaluación se orientó a evaluar con Si. No o No aplica según la situación clínica del paciente al momento de la consulta, lo cual pudiera considerarse un sesgo que se compensa con el punto de vista del investigador experto en dicha guía. Los resultados encontrados en nuestra investigación manifiestan un mal apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención, no se encontraron estudios similares o parecidos que permitieran comparar los resultados encontrados en la presente investigación.

En relación con el estudio que realizaron en la población española en el año 2006 se concluye que los diversos servicios de salud de ese país se encontró que el mayor porcentaje de apego a las guías internacionales de cefalea tomando como base una muy exhaustiva anamnesis es de 35.6 %, y en este estudio se encuentra que los médicos de primer nivel de atención medica continua de la unidad de medicina familiar 248 presentaron un apego del 21%, lo que concluye que en ambos estudios se presento un mal apego a las guías de práctica clínica por el diagnostico de cefalea.

CONCLUSIONES.

La práctica médica institucionalizada se encuentra inmersa en un ambiente laboral en donde se privilegia la eficiencia, el logro de indicadores y un actuar defensivo ante las demandas judiciales, más que la atención al padecer del paciente.

En donde las guías de práctica clínica ponen a disposición de los médicos del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones tendientes a perfeccionar la toma de decisiones ante la situación clínica del paciente.

Los resultados encontrados en nuestra investigación, existe un mal apego a las recomendaciones de la guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención con el consecuente daño a la integridad física y emocional de los pacientes, hace impostergable el desarrollo de estrategias educativas con enfoque participativo tendientes a perfeccionar la aptitud clínica de los mismos.

Asimismo los directivos de las Unidades de Medicina Familiar requieren llevar a cabo una supervisión y control estratégico de las notas médicas y atenciones que brindan los médicos del primer nivel de atención, así como la retroinformación sobre los alcances y limitaciones de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Guidatti V Galli F Evolution of headache in childhood and adolescence :and 8 year follow-up.Cephalalgia 1998;18:449-54.
- 2.- Adams RD principios de Neurología pag. 167.
- 3.- Diccionario etimológico de la Real Academia Española 1ra. Ed. Pag. 34.
- 4.- Diccionario enciclopédico Baber 3ra ed. Barcelona Editorial Baber S.A. 1991 pag. 358.
- 5.- H. S. Madrid departamento de neurofisiología Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutricion Salvador Subiran. Rev. Eviden Invest, clin 2008 15-24.
- 6.-Goadsby PJ.To scan or not in headache BMJ 2004;329:469-70.
- 7.-Olesen C, Steffensen FH, Sorensen HT, Nielsen GL, Olsen J. Headache 200;40: 20-4.
- 8.-Martinez Elizaguirre JM Migraña: Epidemiologia, fisiología y diagnostico FMC 1999; 6 (supl 10):21-9
- 9.-Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Centeno L, Estevez E Latin American Migraine Study Group Prevalence of Migraine in Latin America Headache 2005 Feb 45 (2):106-17.
- 10.-Bardin CW Ed curred terapy in endrocrinology and metabolism 6 th St Lois:mosby,1997. 606-614
- 11.-Klapper JA O'Connor Rizatriptan Wafer sublingual vs placebo at the onset of acute migraine Cephalalgia 2000; 20:585-7
- 12.-Mateos V, Linde K, López Rodriguez I, López Gil aen representación de los participantes en el estudio 4 M (manejo medico de la migraña con Maxalt)satisfacción y retorno a la actividad normal con 10 miligramos de rizatriptan, resultados del estudio abierto prospectivo y observacional 4 M Neurología 2002;17: 721-7.
- 13.-Cefalea en asistencia primaria grupo de estudios de cefaleas SEN disponible en <http://www.sen.es/profesionales/rec2004cap2>.
- 14.-Parela J, Campo A Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria, Acta Neurol. Colomb. 2006;22(4):297-298.
- 15.-Freitag FG, Lake A 3erd. Lipton R Cady R, Diamond S, Silberstain S Inpatient Treatment of headache and evidence-Based Assesment Headache 2004 Apr; 44(4):342-60.

16.-Abu-Arata I, Russel G Prevalence of Headache and migraine in school Childrens BMJ 1994;309: 765-9.

17.-Staftrom CE Rostakyk MinsterA The usefulness of childrensdrawigs in the diagnosis of headachepeiatrcs2002;109(3) :460 -7025.-Staftrom CE Rostakyk MinsterA The usefulness of childrensdrawigs in the diagnosis of headachepeiatrcs2002;109(3) :460 -70

18.-Granella F. Sances G, Messa G de marinis M, Manzoni GC.Treatment of menstrual migraine Cephalalgia 1997;17 (suppl 20):35-8.

19.-Martínez M Ledo 22/01/2008 Centro de salud Seoane De Caurel Folfoso de Caurel. 22/01/2008 Guías clínicas 2008 (1) 173-180

20.-Guía de Práctica clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en el adulto.

21.-Martinez Elizaguirre JM, Calero Muñoz S, García Fernández ML, Trache Iparreguirre S, Casillo Obeso J y Pérez Irasusta I. Actitud de los m édicos de curiosidad primaria españoles ante la cefalea. Aten. Primaria 2006;38 (1) 33-8

22.-JM García del Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea (trabajo para conocer la actitud de los médicos de atención primaria frente a las cefaleas, su capacidad resolutive y pautas terapéuticas utilizadas. Aten primaria 2006;38(1):33-8

ANEXOS

ANEXO No. 1 CRONOGRAMA DE GANTT

TIEMPO PROGRAMADO.						ACTIVIDAD	TIEMPO REAL.						
2011			2012				2011					2012	
J/S	O	N	D	E	F		J/A	S	O	N	D	E	F
X						PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA	X						
X						RECOLECCION DE DATOS	X						
X						JUSTIFICACION	X						
X						FORMULACION DE OBJETIVOS	X						
X						MATERIAL Y METODOS	X						
	X					PRESENTACION PROTOCOLO AL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION.			X				
	X					ELABORA.DE CORRECCIONES SUGERIDAS POR EL COMITÉ.			X				
		X				PRESENTACION. AL COMITÉ DE CORRECCIONES			X				
			X			RECOLECCION DE DATOS			X				
			X			CODIFICACION DE DATOS			X				
			X			ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS				X			
				X		ELAB. DE CUADROS Y GRAFICAS DE RES.				X			
				X		CONCLUSIONES					X		
					X	REDACCION DEL ESCRITO CIENTIF.					X		
					X	INF.FINAL AL COMITÉ LOCAL DE INVESTIG.						X	
					X	INFORME FINAL AL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION						X	
					X	INFORME FINAL A LA UNAM.							X
					X	DIFUSION RESULTADOS.							X

X

Anexo 2. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Lugar y Fecha TOLUCA, MÉXICO

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos, por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco durante el periodo de mayo a octubre del 2011.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar los datos sociodemográficos del cuestionario y la revisión de expedientes clínicos

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.**Si así lo deseo, puedo de igual manera solicitar mi resultado en forma confidencial, con el investigador, con la finalidad de reforzar mi aptitud clínica en áreas que así lo ameriten de acuerdo a los resultados.**_____
Nombre y firma del Médico de primer nivel de atención participante._____
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable:

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Clave: 2810 – 009 – 013

Anexo 3.-

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

CUESTIONARIO

“Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de cefalea tensional y migraña en adultos por los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 248 San Mateo Atenco, durante el periodo de mayo a octubre del 2011”

No. Folio: _____

INSTRUCCIONES: Favor de contestar las preguntas que a continuación se plantean, y marcar con una X la que considere adecuada para su situación.

EDAD: _____ en años cumplidos

SEXO: MASCULINO ()

FEMENINO ()

FORMACION Médico General ()

Médico familiar ()

Médico con otra especialidad ()

ANTIGÜEDAD LABORAL:

0 a 4 años ()

5 a 9 años ()

Más de 10 años ()

TIPO DE CONTRATACIÓN:

Temporal ()

Base ()

Gracias por su participación

LISTA DE COTEJO

NO. PROG	PASOS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	NO APLICA
1	Anotó inicio de dolor.	42	20	
2	Anotó tipo de dolor.	25	37	
3	Anotó intensidad del dolor.	15	47	
4	Anotó síntomas acompañantes del dolor.	45	17	
5	Anotó causas desencadenantes del dolor.	17	45	
6	Anotó causas que disminuyen el dolor.	5	57	
7	Anotó signos vitales completos	42	20	
8	Anotó historia familiar de migraña.	6	56	
9	Anotó si existían síntomas neurológicos focales.	10	52	
10	Valoró si existen factores de riesgo sugestivos de la causa de cefalea.	24	38	
11	Valoró la terapia hormonal de reemplazo en caso necesario.	0	62	
12	Exploró examen neurológico para detectar enfermedades intracraneales o sistémica.	18	44	
13	Realizó exámenes de laboratorio. Hemograma,	1	61	
14	Pidió estudios de gabinete. Radiografía simple de cráneo. Tomografía axial. Resonancia magnética. Electroencefalograma.	3	59	
15	Recomendó identificar el alimento que produce el cuadro agudo de migraña.	5	57	
16	Recomendó aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra.	5	57	
17	Recomendó disminuir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.	14	48	
18	Recomendó sueño reparador de 6-8 horas.	4	58	
19	Recomendó eliminación de estímulos luminosos.	0	62	
20	Recomendó eliminación de estímulos auditivos.	0	62	
21	Recomendó terapias de relajación	2	60	

NO. PROG	PASOS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	NO APLICA
22	Recomendó consejos posturales.	1	61	
23	Recomendó disminuir o eliminar el consumo de grasas insaturadas.	5	57	
24	Recomendó disminuir o eliminar el consumo de quesos.	1	61	
25	Recomendó disminuir o eliminar el consumo de cítricos.	1	61	
26	Prescribió paracetamol 650 a 1300 mg cada cuatro horas en crisis aguda de cefalea.	23	39	
27	Envío a urgencias cuando la cefalea fue la peor en su vida	4	58	
28	Envío a urgencias cuando aumento drásticamente de intensidad	3	59	
29	Envío a urgencias cuando presento cambios en la agudeza visual.	0	62	
30	Se envió a urgencias cuando la cefalea se presentó por maniobras de vansalva.	0	62	
31	Se envió a segundo nivel cuando la cefalea fue crónica. Mayor de 72 horas.	4	58	
32	Se envió a segundo nivel cuando encontró síntomas anormales en la exploración neurológica.	0	62	
33	Se envió a segundo nivel cuando persistía la cefalea tras la administración de sintomáticos adecuados.	2	60	
34	Se envió a segundo nivel cuando existía modificación no clara en las características de la cefalea.	0	62	
35	Se envió a segundo nivel cuando se sospecha de cefalea secundaria.	0	62	
	Se envió a segundo nivel cuando la cefalea se complicó con abuso de fármacos.	2	60	
	TOTALES			
	TOTAL DE PUNTOS CUMPLIDOS			
	TOTAL DE PUNTOS SUSCEPTIBLES DE EVALUAR			
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	13.33		

