



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA  
TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 8 DR GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**HERNÁNDEZ REBOLLAR AMISADAI ATALIA**

**DIRECTOR DE TESIS  
ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**ASESOR METODOLÓGICO  
VILCHIS CHAPARRO EDUARDO,**

**ASESOR CLÍNICO  
SÁNCHEZ PINEDA JORGE**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2020.**

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:** Hernández Rebollar Amisadai Atalia, Espinoza Anrubio Gilberto<sup>2</sup>, Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup> Sánchez Pineda Jorge<sup>4</sup>, adscripción HGZ - UMF 8.

1.- Residente de Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

2.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

3. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Médico de CIEFD SXXI

4.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrito en HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

## **OBJETIVO**

Evaluar el apego a la GPC: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención, en el HGZ/UMF No. 8.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio transversal, descriptivo. Tamaño de la muestra: 171 expedientes. Criterios de inclusión: expedientes clínico con diagnóstico de cefalea de la consulta externa HGZ/UMF No.8, mayores de 18 años, sin distinción de sexo. Instrumento de medición: Cedula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la GPC.

## **RESULTADOS**

Los datos obtenidos de los expedientes con diagnóstico de cefalea se observa un apego a la GPC de 5.34%. De acuerdo a los años de antigüedad de los médicos una media de 15.01 años, desviación estándar de 18.89 años, un valor mínimo de 3 años y un máximo de 30 años. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se encontró que los médicos con < de 5 años de antigüedad y > 21años de antigüedad tuvieron un mayor apego a la GPC con un valor de 1.60%.

## **CONCLUSIONES**

La investigación cumplió con el objetivo de evaluar el apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña Primer y Segundo Nivel de Atención, del HGZ/UMF No. 8, en donde se concluyó de acuerdo a los resultados del estudio, la ínfima adherencia a la GPC en menos de la décima parte de los expedientes evaluados.

## **PALABRAS CLAVES**

Cefalea, Guía de Práctica Clínica, Apego.

**APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE  
CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL  
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN,  
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR  
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. JUAN ROSAS PEÑA**

DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA**

PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**DIRECTOR DE TESIS**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**ASESOR METODOLÓGICO**  
MÉDICO FAMILIAR. MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.  
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD  
CMN SXXI

---

**DR. JORGE SANCHEZ PINEDA**  
**ASESOR CLÍNICO**  
MEDICO FAMILIAR  
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

## AGREDECIMIENTOS

Gracias a Dios por su infinito amor. Por haberme dejado llegar al lugar en donde estoy, porque él me puso en este camino, a las personas indicadas para poder lograr mis metas.

Gracias a mis padres por su apoyo incondicional, por nunca dudar en que lo lograría, por sus desvelos, por su espera, por su esfuerzo, gracias a sus enseñanzas y regaños.

Al amor de mi vida, gracias por entender mis sueños, por no darte por vencido, por la paciencia, gracias por no dejarme caer, por estar en los momentos de desesperación, gracias por motivarme a querer ser mejor cada día.

Gracias a mis profesores con los que tuve el privilegio de rotar, porque aprendí lo que se debe hacer y lo que no también. Ustedes son parte fundamental en la formación de los médicos en formación. Y en especial gracias al Dr. Gilberto, al Dr. Vilchis, al Dr. Jorge Sánchez por sus valiosas aportaciones que enriquecieron este trabajo gracias.

## INDICE

TEMA	PÁGINAS
1. Marco teórico	8
2. Justificación	16
3. Planteamiento del problema	17
4. Objetivo	18
5. Hipótesis	19
6. Material y métodos	20
7. Diseño de la investigación	21
8. Población o universo	22
9. Ubicación temporal y espacial de la población	22
10. Muestra	23
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	24
12. Variables	25
13. Diseño estadístico	27
14. Instrumento de recolección	28
15. Método de recolección	29
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
17. Cronograma de actividades	31
18. Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio	33
19. Consideraciones éticas	34
20. Resultados	35
21. Tablas y gráficas	37
22. Discusión	47
23. Conclusión	49
24. Bibliografía	50
25. Anexos	52

## MARCO TEÓRICO

El dolor crónico influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes específicamente con respecto a los aspectos psicológicos y ambientales. El manejo eficaz del dolor produce una mejor calidad de vida y reduce la discapacidad. El tratamiento óptimo de los pacientes que experimentan dolor crónico se puede lograr evaluando las características del dolor, como la ubicación, la intensidad, la calidad, la duración, el efecto sobre la calidad de vida y definiendo claramente el objetivo de la terapia. <sup>(1)</sup>

### CEFALEA

Los trastornos de dolor de cabeza incapacitantes son omnipresentes en todos los grupos de edad, incluidos los ancianos, sin embargo, son poco reconocidos, subdiagnosticados y subtratados en todo el mundo, incluso a medida que la población mundial envejecida continúa creciendo. El dolor de cabeza es un subtipo importante y creciente de trastornos de dolor de cabeza primario, asociado con un aumento de la carga y la interrupción de la calidad de vida. <sup>(2)</sup>

La cefalea es una de las causas más comunes por el cual las personas acuden a consulta, pudiendo afectar en cualquier momento hasta al 50% de la población general. Dentro de las diversas presentaciones de la cefalea las más comunes son la cefalea tensional y la migraña. Tiene una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 15% en la población general, y afecta en mayor proporción a mujeres (18%) que a hombres (8%). <sup>(3)</sup>

Habitualmente, el primer nivel asistencial al que acuden los pacientes con cefalea es atención primaria y solo una minoría de pacientes son derivados y tratados en unidades específicas de cefaleas. La cefalea como motivo de consulta representa en nuestro sector el 15% de los pacientes remitidos desde atención primaria a la consulta de neurología general. En concreto, la migraña es el diagnóstico más frecuente en una unidad de cefaleas y el principal motivo de derivación desde atención primaria. A pesar de las estadísticas publicadas al respecto, se trata de una patología infradiagnosticada e infratratada. Uno de los principales motivos del tratamiento subóptimo es la falta de formación adecuada de los médicos en este aspecto. <sup>(4)</sup>

Se entiende por cefalea, la presencia de dolor ubicado por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo, el dolor que se origina por debajo de esta línea se debe denominar dolor facial. La cefalea simultáneamente es un síntoma y un síndrome. Ya que al ser definida como dolor en la extremidad cefálica, se hace referencia al síntoma y se considera un síndrome cuando implica su multicausalidad los distintos tipos involucrados. <sup>(5)</sup>

La cefalea se produce cuando se afectan las estructuras craneales sensibles al dolor. Los mecanismos más habituales son: distensión, tracción o dilatación de las arterias y venas intracraneales y/o de las arterias extracraneales. Compresión, tracción o inflamación de los nervios craneales (trigémico, glossofaríngeo, vago) y espinales (tres primeras ramas cervicales). Irritación meníngea con/sin aumento de la presión intracraneal. Contractura, inflamación y/o traumatismo de los músculos pericraneales y cervicales (así como del tejido celular subcutáneo, fascias y periostio adyacente). Afectación de los senos paranasales, órbitas, ojos, dientes, oídos y diversas alteraciones bioquímicas. El cerebro *per se* “no duele”. <sup>(6)</sup>

Las cefaleas primarias son trastornos que existen sin una causa subyacente aparente con dolor de cabeza recurrente o persistente, en contraste con las cefaleas secundarias que existen en relación con factores incitantes discretos. Los mecanismos exactos de estos trastornos no se han dilucidado por completo. <sup>(7)</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

Las cefaleas representan un problema de salud pública significativo, tanto por el elevado gasto sanitario que producen como por el impacto en la calidad de vida de las personas que las padecen. El atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre dolores de cabeza indica que, a nivel mundial, entre el 50% y el 75% de la población adulta entre 18 y 65 años sufre algún tipo de dolor de cabeza por año. Con respecto a su frecuencia, entre un 1,7% y un 4% de la población adulta tiene dolores de cabeza, al menos, cada 15 días al mes. Existen diferentes tipos de cefaleas con características, incidencia y prevalencia distintas. De todas las cefaleas primarias, la cefalea tensional y la migraña son los trastornos más prevalentes en la humanidad. La prevalencia media global de las cefaleas tensionales en población adulta es del 42%, la de la migraña es del 10%. Con respecto a la distribución en función del sexo, tanto la migraña como la cefalea tensional son mayor en mujeres. Se ha estudiado que el dolor afecta a la realización de las actividades de la vida diaria, reduciendo la capacidad de realizar acciones como: caminar, hacer ejercicio, hacer tareas domésticas, conducir, trabajar (fuera de casa), mantener relaciones con amigos y familiares, mantener un estilo de vida independiente y tener relaciones sexuales. <sup>(8)</sup>

En el ámbito clínico, la barrera principal es el desconocimiento del personal sanitario. Por término medio, en todo el mundo se dedican únicamente cuatro horas a la instrucción sobre las cefaleas en los planes de estudio de licenciatura. El diagnóstico y tratamiento profesional se establece en una minoría de estos pacientes: un 40% de los aquejados de migraña y cefalea tensional, pero apenas un 10% de los que sufren la cefalea por uso excesivo de analgésicos. La gente tampoco sabe mucho de las cefaleas. La población general no considera que las cefaleas sean una enfermedad grave porque se presentan generalmente por episodios, no son mortales ni se contagian. Las tasas bajas de consulta en los países desarrollados pueden indicar que muchos enfermos desconocen la existencia de tratamiento eficaz; se calcula que la mitad de las personas que padecen cefalea se tratan ellas mismas. Como muchos gobiernos pretenden limitar los costos de la asistencia sanitaria, no reconocen que las cefaleas imponen una carga considerable a la sociedad. Es probable que no se den cuenta de que los costos directos del tratamiento de las cefaleas son ínfimos si se comparan con los enormes ahorros que podrían lograrse en el apartado de los costos indirectos (por ejemplo, al reducir los días de trabajo perdidos) si se asignaran recursos suficientes a su tratamiento.<sup>(9)</sup>

Se elaboró una encuesta para profesionales de salud para la medición del conocimiento, accesibilidad y utilización de las GPC de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. El instrumento definitivo se aplicó al personal profesional de los centros de salud incluidos en el trabajo de campo. Los profesionales entrevistados perciben que las barreras son “falta de tiempo durante la consulta” (médicos) como principal motivo de no utilización de las guías, 30%; seguido del “desconocimiento del personal de salud” acerca de las guías, 24% (principalmente enfermería).<sup>(10)</sup>

## CLASIFICACIÓN

La cefalea por ser un síntoma de muchas enfermedades tanto neurológicas como sistémicas, ha sido muy difícil de clasificar u ordenar para una mejor sistematización y manejo. En 1988 la International Headache Society (IHS) creó el primer sistema de clasificación de las cefaleas denominado International Classification of Headache Disorders (ICHD), el cual ha llegado a ser el estándar para el diagnóstico de cefalea, ya que permite aunar criterios entre los médicos. Además ha sido especialmente útil en protocolos de investigación. Debido a los avances en medicina esta clasificación ha requerido también varias revisiones y actualizaciones. En términos generales se clasifica a las cefaleas en primarias y secundarias:<sup>(11)</sup>

Las **cefaleas primarias** son entidades en las cuales la cefalea y los síntomas asociados ocurren en ausencia de una causa exógena. Las más comunes son: migraña, cefalea de tensión y cefalea en racimos.<sup>(12)</sup>

**Cefaleas secundarias**, o sintomáticas, directamente causadas por un trastorno definido. Las lesiones intracraneales ocupantes de espacio, tienden a producir HTIC en su evolución; los tumores cerebrales son las principales lesiones de estas características, aunque no las únicas. <sup>(13)</sup>

## Cefalea Tensional

La cefalea tensional es un dolor de cabeza primario caracterizado por un dolor de cabeza leve a moderado que no está asociado con náuseas y vómitos, pero puede haber fotofobia o fonofobia. El dolor es presionar o apretar en calidad y se localiza bilateralmente en las áreas del temporal y occipital. <sup>(14)</sup>

La actual clasificación de la IHS distingue tres tipos: Cefalea tipo tensional **episódica infrecuente**: si su frecuencia es de menos de 1 día al mes. Cefalea tipo tensional **episódica frecuente**: si aparece entre 1 y 14 días al mes. Cefalea tipo tensional **crónica**: cuando se presenta 15 o más días al mes. <sup>(15)</sup> (Ver anexos 1)

Los investigadores definen "dolor de cabeza crónico" en función de la frecuencia ( $\geq 15$  días por mes) y la duración ( $\geq 4$  horas por día de dolor de cabeza) durante los 6 meses anteriores. <sup>(16)</sup>

## Migraña

La migraña es un trastorno neurológico crónico debilitante, típicamente con una presentación **episódica** y comorbilidades significativas. También puede presentarse en forma **crónica** y refractaria, lo cual resulta recalcitrante al tratamiento convencional y causa una discapacidad significativa. Los ataques se definen por dolor de cabeza unilateral, latidos en la naturaleza y sensibilidad a la entrada sensorial de sonido, luz y movimiento. El dolor puede ser de moderado a intenso; Es el trastorno neurológico más incapacitante y el sexto más discapacitante a nivel mundial. <sup>(17)</sup> (Ver anexo 2)

El aura es un episodio transitorio de disfunción neurológica focal. Si la cefalea viene precedida de esta aura se clasificará como migraña con aura (migraña clásica) y si no lo está se denominará migraña sin aura (migraña común). Los síntomas del aura evolucionan de 5 a 60 minutos. Entre el 20 y 40% de los migrañosos la sufrirán, aunque, en estos pacientes, no siempre cada cefalea va a ir precedida de aura y, en ocasiones, un aura no irá seguida de cefalea (equivalente migrañoso o migraña acefalálgica). Un aura puede consistir en un amplio rango de síntomas neurológicos. Los más frecuentes son los visuales, aunque también se van a producir cambios en la percepción somatosensorial, cambios en la percepción visual, hemiparesia leve, vértigo, afasia (raro) y confusión (sobre todo en niños). <sup>(18)</sup>

La migraña puede ser diagnosticada, según algunos estudios con un screening de 3 ítems tomados de los criterios que ofrece la International Headache Society (IHS) consistentes en: náuseas, fotofobia y característica incapacitante de la cefalea. <sup>(19)</sup>

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la migraña y otros dolores de cabeza primarios no es uniforme, pero está proporcionado a la gravedad de los síntomas y la discapacidad. Los síntomas leves e infrecuentes pueden tratarse inicialmente con modificación del estilo de vida, técnicas de manejo del estrés y medicamentos abortivos de venta libre. Se pueden agregar medicamentos recetados según lo justifique para ayudar a frustrar la discapacidad y mantener la función. Se distingue entre medicamentos recetados abortivos y preventivos en el tratamiento de los dolores de cabeza. Medicamentos abortivos se prescriben para tratar un ataque individual, y se usan medicamentos preventivos para reducir la frecuencia y la gravedad de los ataques individuales, con el objetivo de reducir la discapacidad. <sup>(20)</sup>

La cefalea tensional es, por definición, leve o moderada en el peor de los casos, y a menudo no necesita una terapia específica a menos que los ataques sean intrusivos o particularmente frecuentes. La Asociación Británica para el Estudio del Dolor de Cabeza (BASH) y la Federación Europea de Sociedades Neurológicas (EFNS) han publicado pautas para el tratamiento de la cefalea tensional. Se ha demostrado que el tratamiento agudo de cefalea tensional Paracetamol 1,000 mg, aspirina 500–1,000 mg y varios antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo ibuprofeno 200–800 mg, ketoprofeno 25 mg y naproxeno 250–500 mg, son efectivos en casos agudos. No se ha demostrado que el tratamiento de cefalea tensional paracetamol sea efectivo a dosis inferiores a 1,000 mg y algunos estudios han demostrado que es menos efectivo que los AINE. Los analgésicos combinados que contienen cafeína pueden ser aún más efectivos, pero es probable que tengan una mayor propensión a inducir dolor de cabeza por uso excesivo de medicamentos. Tratamiento preventivo la mejor evidencia existe para la amitriptilina 75 mg diarios, los primeros informes de esto datan de más de 50 años. Este medicamento se inicia mejor con 10-25 mg diarios, y se titula constantemente hacia arriba hasta que se logre una respuesta positiva o un lado intolerable se experimentan efectos (generalmente somnolencia, ojos secos, boca seca o estreñimiento). Mirtazipina 30 mg diarios y venlafaxina 150 mg diarios, los antidepresivos modernos que afectan el metabolismo de la serotonina y la noradrenalina, también han demostrado ser efectivos para reducir la frecuencia de cefalea tensional, pero los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no lo han logrado. <sup>(21)</sup>

El acetaminofen se usa ampliamente y tiene pruebas aleatorias controladas de eficacia en la migraña, pero generalmente se considera efectivo principalmente para ataques de gravedad leve o moderada. Al igual que con los AINE, se puede combinar con un antiemético si el paciente tiene náuseas significativas. Una reciente revisión sistemática concluyó que el acetaminofén 1000 mg más la metoclopramida 10 mg tuvieron tasas de alivio del dolor de cabeza a las 2 horas similares a las de sumatriptán 100 mg (39% frente a 42%, respectivamente). Los AINE son generalmente un buen punto de partida para el tratamiento de la migraña aguda, aunque el acetaminofeno se puede probar si hay contraindicaciones para el uso de AINE. El ibuprofeno, naproxeno sódico, ácido acetilsalicílico (AAS), y diclofenaco tienen evidencia de ensayos controlados aleatorios doble ciego de eficacia que se ha analizado en revisiones sistemáticas. Estos AINE tienen una farmacocinética diferente, y esto tiene implicaciones para su utilidad en un paciente específico. El ibuprofeno y el diclofenaco tienen una absorción muy rápida del tracto gastrointestinal y, por lo tanto, la posibilidad de un rápido inicio de acción. Aunque pueden abortar por completo un ataque de migraña, su corta vida media puede hacer necesaria la administración repetida de un solo ataque en algunos pacientes. El naproxeno sódico, por otro lado, tiene una absorción más lenta pero una vida media mucho más larga. <sup>(22)</sup>

Los triptanes se consideran el tratamiento de elección en el tratamiento de la migraña moderada-severa. Son agonistas selectivos de los receptores de la serotonina (5-HT). Actúan principalmente sobre los receptores 5-HT<sub>1B</sub>, 5-HT<sub>1D</sub> y, en menor medida, del 5-HT, induciendo una liberación de péptidos vasoactivos, una vasoconstricción directa y una disminución en la transmisión del dolor. La elección del triptán debe individualizarse, y si bien todos ha demostrado una similar efectividad y tolerabilidad, un paciente puede no responder al tratamiento con un triptán y sí con otro diferente. Existe evidencia de que su efectividad es mayor si se usan al inicio de la crisis y de que no son eficaces si se administran durante el aura. <sup>(23)</sup>

La ergotamina y sus derivados son agonistas de serotonina inespecíficos y se dirigen a una amplia gama de receptores de serotonina (incluidos 5HT<sub>1B</sub> / 1D), dopamina y noradrenérgicos. Esta no especificidad en su mecanismo de acción es lo que trae la asociación de numerosos efectos secundarios como las náuseas y una mayor probabilidad de eventos vasculares. Aunque una revisión sistemática no encontró problemas significativos de seguridad cardiovascular para el uso de triptanos en ausencia de factores de riesgo para tales eventos, el uso frecuente de ergotamina se ha asociado con complicaciones isquémicas graves, por lo que generalmente no se recomienda el uso de ergotamina en adultos mayores. Porque la edad es un factor de riesgo cardiovascular independiente, la estratificación del riesgo es crítica en los adultos mayores al decidir y discutir el uso de medicamentos específicos para la migraña. <sup>(24)</sup>

Las opciones de tratamiento preventivo para la migraña basadas en la evidencia incluyen medicamentos antidepresivos, antiepilépticos y bloqueadores beta. Para cada paciente, se deben determinar los riesgos y beneficios de las diversas opciones de tratamiento. Sin embargo, la estrategia generalmente es comenzar de manera lenta y lenta, es decir, comenzar con una dosis muy baja de un medicamento y aumentar la dosis en un pequeño incremento cada 1 a 2 semanas o según se tolere para reducir el riesgo de efectos adversos o intolerancia. Además, cada opción preventiva debe ajustarse, optimizarse y maximizarse a su dosis objetivo estudiado antes de agregar o sustituir otro medicamento. Los mecanismos de los medicamentos preventivos en los dolores de cabeza primarios incluyen una disminución de la excitabilidad neuronal, prevención de la sensibilización central y periférica, inhibición de la depresión cortical y la modulación del dolor. Una reducción de al menos 50% en la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza durante un período de 3 meses se considera una respuesta efectiva a la profilaxis de la migraña. <sup>(25)</sup>

## **GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

El concepto de guías de práctica clínica globalmente aceptado es el propuesto por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: «Un conjunto de recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática, para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes, en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica». Recientemente el Instituto de Medicina estadounidense agregó «basados en revisiones sistemáticas y evaluación de los riesgos y beneficios de las intervenciones en salud». <sup>(26)</sup>

### **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el primer y segundo nivel de atención.**

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: Unificar criterios diagnósticos de Cefalea Tensional y Migraña en el primer y segundo nivel de atención; utilizar herramientas diagnósticas para cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención; ofrecer tratamiento profiláctico a pacientes adultos con cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención; implementar un tratamiento adecuado utilizando los recursos disponibles a pacientes con cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. <sup>(27)</sup>

## **Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en urgencias.**

La cefalea es uno de los síntomas más prevalentes en los servicios de Urgencias. Sin embargo, la mayoría de médicos que trabajan en dichos servicios, sean pediátricos o generales, poseen una formación limitada en la atención a la cefalea y, en general, deben proceder a la toma de decisiones sin el soporte de un especialista en Neurología o Neurología Pediátrica. Con la intención de mejorar la atención de los pacientes (niños y adultos) que acuden a los servicios de Urgencias, desde el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología hemos elaborado esta guía que tiene un formato práctico para poder ayudar a realizar un mejor diagnóstico y tratamiento de la cefalea en Urgencias. Esta guía está dirigida a todos aquellos médicos que trabajan en los servicios de Urgencias, para que entre todos mejoremos la atención de la cefalea en dicho servicio. <sup>(28)</sup>

## **Guía oficial de práctica clínica en cefaleas**

Las cefaleas son un grupo muy amplio y heterogéneo de entidades clínicas y en muchos casos la rigidez de los niveles de evidencia y los grados de recomendación son de difícil aplicación. Esta guía está dirigida al residente, al neurólogo clínico, a los médicos de atención primaria, a otros especialistas médicos y a todos los profesionales de la salud que en su quehacer diario deban tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas ante pacientes que consultan por dolor de cabeza, facial o cervical. <sup>(29)</sup>

## **Guía de atención primaria. Manejo del dolor de cabeza en adultos.**

Una guía de práctica clínica para la salud canadiense, el contexto de atención se creó mediante un proceso de adaptación de pautas para ayudar a los profesionales de atención primaria multidisciplinarios a brindar atención informada por evidencia a pacientes con dolor de cabeza. Una mejor información y educación para los pacientes y los profesionales de la salud es esencial para mejorar el manejo del dolor de cabeza en la atención primaria, lo que debería llevar a un diagnóstico rápido y un tratamiento más efectivo. Para ayudar a abordar esto, un consorcio de organizaciones y médicos de Alberta desarrollaron la Guía para el manejo de la atención primaria del dolor de cabeza en adultos. La guía de Alberta está destinada a ayudar a cualquier profesional de atención primaria responsable de la evaluación y el tratamiento de los dolores de cabeza en adultos. El enfoque principal de la guía son los trastornos de cefalea primaria (p. Ej., Migraña, tipo de tensión y cefalea en racimos) y la cefalea por uso excesivo de medicamentos. <sup>(30)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La cefalea es un tema de importancia a nivel mundial, ya que es una de las causas comunes por las cuales acuden a consulta médica, pudiendo afectar en cualquier momento hasta un 50% de la población en general.

La aplicación de la guía de práctica clínica ayuda a establecer un camino que nos ayuda identificar en primera instancia cuando se necesita de atención de primer nivel y cuando un segundo nivel y de esta manera lograr una forma más eficaz de poder cubrir las necesidades del paciente que cursa con cefalea, impactando en la calidad de vida a través de un diagnóstico oportuno y otorgando un tratamiento más adecuado para el paciente.

El diagnóstico se realiza usualmente con los criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas, sin embargo, no todos los médicos están familiarizados con los criterios diagnósticos. Por lo cual es esencial realizar un diagnóstico más temprano y certero, y de esta manera se pueda iniciar tratamiento y de esta manera se les pueda otorgar un manejo adecuado y puedan reincorporarse a su vida cotidiana sin afectar su calidad de vida.

La importancia de realizar este trabajo radica en el seguimiento adecuado de los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, respecto al tratamiento de la cefalea tensional y la migraña debido a que existe una gran variabilidad en la práctica clínica respecto al tratamiento de esta patología, y hace que los individuos que las padecen posean un continuo miedo por la aparición de nuevos episodios, y al no lograr el restablecimiento de la salud, se vean limitados para regresar a sus actividades cotidianas con las respectivas repercusiones en su entorno social, laboral y familiar, generando un deterioro en su calidad de vida.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de este padecimiento radica en que la cefalea es una de las principales causas de consulta médica, siendo las más comunes la cefalea tensional y la migraña, que puede llegar a convertirse en una causa de incapacidad, afectando la calidad de vida de los pacientes. Aunque el dolor es la presentación clínica, la migraña puede incluir una multiplicidad de síntomas que ocurren antes, durante y después del dolor. Esto convierte a las cefaleas en un desafío diario para los médicos; por esto es de vital importancia el conocimiento de su presentación clínica, signos de alarma y métodos diagnósticos, para así lograr un enfoque clínico para lograr un diagnóstico y manejo oportuno, para no sufrir de episodios de cefalea ni de discapacidad.

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es el apego de la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención, en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

## OBJETIVO

### Objetivo general

- Evaluar el apego de la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención, en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## HIPOTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron con fines de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis.

### **Hipótesis nula**

H<sub>0</sub>: El apego de guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención, en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo no es bajo.

### **Hipótesis Alternativa**

H<sub>1</sub>: El apego de guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención, en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo es bajo.

## MATERIALES Y METODOS

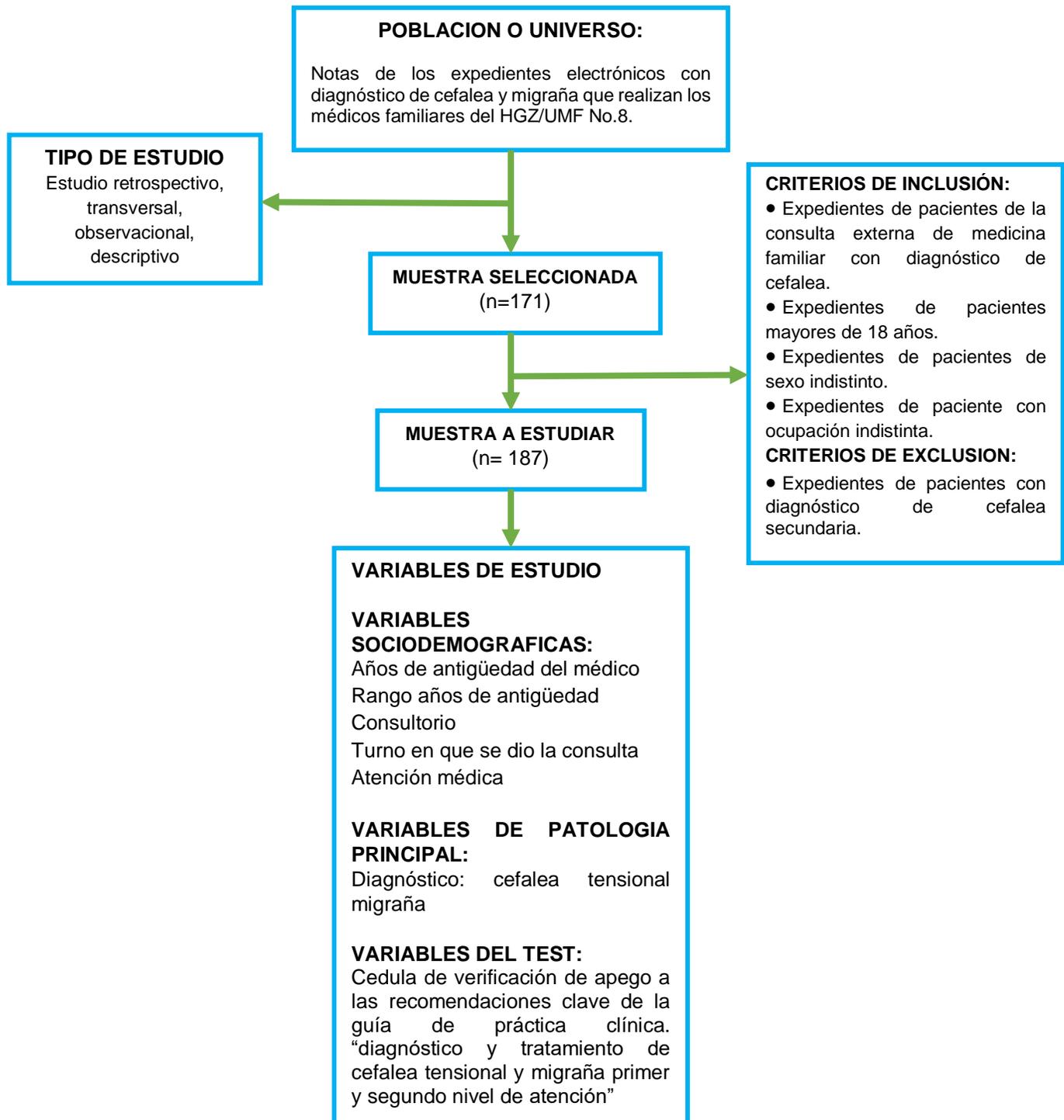
**Transversal:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio. Una sola medición.

**Descriptivo:** Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados. Se incluye un grupo de estudio y se narra las variables.

**Observacional:** Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados. Se recaban datos o variables de los fenómenos a estudiar en uno o más grupos.

**Retrospectivo:** Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. Se tiene un grupo de sujetos, donde ya sucedió el desenlace y van a buscar la causa o factores que se relacionan con el desenlace.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Amisadai Atalia Hernández Rebollar

## UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

**POBLACIÓN O UNIVERSO:** Notas de los expedientes electrónicos con diagnóstico de cefalea y migraña que realizan los médicos familiares del HGZ/UMF No.8.

**LUGAR:** La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad De Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

**TIEMPO:** Marzo 2018- Febrero 2020.

## MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, necesaria fue de 171 expedientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.50. Con amplitud del intervalo de confianza 0.15.

#### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 95%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z\alpha^2 P (1 - P)}{W^2}$$

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de cefalea.
2. Expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de migraña
3. Expedientes de pacientes mayores de 18 años.
4. Expedientes de pacientes de sexo indistinto.
5. Expedientes de paciente con ocupación indistinta.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Expedientes de pacientes con diagnóstico de cefalea secundaria.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

1. Expedientes incompletos

## VARIABLES

### SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Años de antigüedad del médico
2. Rango años de antigüedad
3. Consultorio
4. Turno en que se dio la consulta
5. Atención médica

### DE LA PATOLOGÍA:

6. Diagnóstico  
Cefalea  
Migraña

### DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

7. Cedula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica. “Diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención”

## ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE

- Apego a la Guía de Práctica Clínica

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Cefalea/Migraña

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA

- ✓ **Años de antigüedad del médico:** El tiempo que un empleado lleva trabajando en una empresa.
- ✓ **Consultorio:** Es un espacio físico en el cual el médico atiende a sus pacientes
- ✓ **Turno:** División de la jornada de trabajo de veinticuatro horas en periodos de trabajo. El momento en el que se otorga la consulta, matutino o vespertino.
- ✓ **Atención médica:** Momento en que se otorgó la consulta médica de primera vez o subsecuente.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ **Cefalea:** la presencia de dolor ubicado por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo.

### VARIABLE DEPENDIENTE

- ✓ **Apego a la Guía de Práctica Clínica:** Medio de verificación para que la atención médica se realice conforme a guías de práctica clínica, con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico asistencial y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente.

## DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<b>AÑOS DE ANTIGÜEDAD DEL MÉDICO</b>	Cuantitativa	Continua	Meses, años
<b>RANGO AÑOS DE ANTIGÜEDAD</b>	Cuantitativa	Nominal	1. <5años 2. 6 - 10años 3. 11 - 20años 4. >20años
<b>CONSULTORIO</b>	Cualitativa	Nominal	1. 1 Matutino 2. 1 Vespertino 3. 2 Matutino 4. 2 Vespertino 5. 3 Matutino 6. 3 Vespertino 7. 4 Matutino 8. 4 Vespertino 9. 5 Matutino 10. 5 Vespertino 11. 6 Matutino 12. 6 Vespertino 13. 7 Matutino 14. 7 Vespertino 15. 8 Matutino 16. 8 Vespertino 17. 9 Matutino 18. 9 Vespertino 19. 10 Matutino 20. 10Vespertino
<b>TURNO</b>	Cualitativa	Nominal	1. Matutino 2. Vespertino
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	Cualitativa	Nominal	1. Primera vez 2. Subsecuente
<b>DIAGNÓSTICO (CEFALEA)</b>	Cualitativa	Nominal	1. Cefalea Tensional 2. Migraña

Elaboró: Amisadai Atalia Hernández Rebollar

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
<b>CEDULA DE VERIFICACIÓN DE APEGO A LAS RECOMENDACIONES CLAVE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. “DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”</b>	Cualitativa	Nominal	1. Buen apego $\geq 80\%$ 2. Mal apego $< 80\%$

Elaboró: Amisadai Atalia Hernández Rebollar

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 25 de Windows, usando estadística descriptiva que tiene como función recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las características de cierto evento, en este caso será Apego a la Guía de Práctica clínica de cefalea tensiona y migraña en el primer y segundo nivel de atención. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculará distribución de las frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia la cual es del 50%, la muestra que se estudiara será de 171, con un nivel de confianza del 95%.

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

### Cedula de evaluación de la guía de práctica clínica

Se utilizó la cedula de evaluación del apego a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, la cual es una herramienta que se utiliza para verificar que la atención medica se realice conforme a guías de práctica clínica, con el objeto de reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico asistenciales y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente. (Ver anexo 3)

Consta de varios puntos a evaluar que se deben seguir para brindar una atención de calidad al tratamiento de la cefalea, los cuales son: diagnóstico, tratamiento de la cefalea tensional, tratamiento de migraña, vigilancia y seguimiento y criterios de referencia a segundo nivel

Se determinaron dos categorías de acuerdo al grado de apego a la guía de práctica clínica; el cual se determina con un buen apego presentando más o igual al 80% y mal apego con menos del 80% del cumplimiento de la guía.

La dirección médica a través de la subdirección de servicios cónicos, es responsable de supervisar que la atención médica se lleve a cabo de acuerdo a las guías de práctica clínica de los servicios de admisión continua, hospitalización, consulta externa, terapia intensiva. La dirección médica es responsable de analizar y emitir estrategias de mejoras de atención médica de acuerdo a evaluación.

## **METODO DE RECOLECCIÓN**

Se acudió a revisar el censo de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cefalea en la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No. 8, y se solicitó la revisión de los expedientes.

Una vez obtenidos los expedientes se aplicó la cedula de evaluación del apego a las recomendaciones de las guías de práctica clínica “diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención” para determinar el grado de apego.

Se realizó una hoja de datos de los expedientes evaluados y se le asignó un folio para posteriormente realizar una base de datos y así poder realizar un análisis de los datos obtenidos.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

### **Control de sesgos de información**

Se realizó una búsqueda sistémica de la literatura con la mejor evidencia médica, en portales tanto nacionales como internacionales con una antigüedad no mayor a 5 años de su publicación.

### **Control de sesgos de selección**

Se eligió una muestra representativa para la patología estudiada, con un intervalo de confianza de 95%.

Se evaluó cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los expedientes de pacientes para el estudio.

### **Control de sesgos de medición**

El instrumento seleccionado para el estudio (Cedula de evaluación del apego a las recomendaciones de las guías de práctica clínica), esta validada por la dirección médica lo que le da la fiabilidad necesaria para sustentar el estudio.

### **Control de sesgos de análisis e interpretación**

Se llevó a cabo a través de un programa operativo SPSS 25 de Windows el cual apoyo a realizar tablas y gráficas de los datos previamente registrados de manera cautelosa.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

**APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA  
 TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL  
 DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**2018\_2019**

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
TITULO	x											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		x										
OBJETIVOS			x									
HIPOTESIS				x								
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO				x								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACIONES ETICAS					x							
RECURSOS						x						
BIBLIOGRAFIA							x					
ASPECTOS GENERALES								X				
ACEPTACION								x	x	X	x	X

### 2019-2020

FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		x										
RECOLECCION DE DATOS					x							
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANALISIS DE DATOS												
DESCRIPCION DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSION DEL ESTUDIO												
INTEGRACION Y REVICION FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **Recursos físicos:**

Instalaciones del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS.

### **Recursos materiales:**

Se contó con equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra y color, lápices, borrador, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, USB para almacenar datos, formato electrónico de la cedula de evaluación de las guías de práctica clínica.

### **Recursos humanos:**

Investigador: Residente de Medicina Familiar Amisadai Atalia Hernández Rebollar, así como se cuenta con el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo.

### **Financiamiento:**

Todos los gastos para la realización del este estudio son financiados por la Residente de Medicina Familiar Amisadai Atalia Hernández Rebollar.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

El presente estudio de investigación que se presenta con el título: **Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención, del hospital general de zona con unidad de medicina familiar no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**, no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adaptada por la 18va Asamblea Médica mundial, Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y enmendada por la 59ª, Asamblea General, Seúl, Corea en octubre 2008.

Así mismo se lleva acabo el cumplimiento de las normas del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México y de igual manera conforme a la NOM-012-SSA3-2012, las cuales se integran a la carta de consentimiento informado. (Ver anexo 3)

**La ley general de salud.** De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, menciona en el:

**Artículo 13.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos de bienestar.

**Artículo 17.** El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

**Artículo 20.** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación.

## RESULTADOS

Se estudió un total de 187 expedientes, en los cuales se observó una media de 27.73% de apego al diagnóstico con una desviación estándar 36.80, un valor mínimo de 0% y un valor máximo de 100%, En cuanto a los años de antigüedad de los médicos que realizaron las notas se observó una media de 15.01 años, con una desviación estándar de 18.89, un valor mínimo de 3 años y un máximo de 30 años,

En relación al consultorio se observó: consultorio 1 matutino 10 (5.3%), 1 vespertino 10 (5.3%), 2 matutino 10 (5.3%), 2 vespertino 10 (5.3%), 3 matutino 10 (5.3%), 3 vespertino 10 (5.3%), 4 matutino 9 (4.8%), 4 vespertino 10 (5.3%), 5 matutino 9 (4.8%), 5 vespertino 8 (4.3%), 6 matutino 10 (5.3%), 6 vespertino 10 (5.3%), 7 matutino 10 (5.3%), 7 vespertino 10 (5.3%), 8 matutino 10 (5.3%), 8 vespertino 10 (5.3%), 9 matutino 10 (5.3%), 9 vespertino 10 (5.3%), 10 matutino 8 (4.3%), 10 vespertino 3 (1.6%).

Con respecto al médico que otorgó la consulta de acuerdo al rango de años de antigüedad se obtuvo: 29 (15.5%) menores de 5 años, a 34 (18.18%) de 6 a 10 años, 71 (37.96%) de 11 a 20 años y 53 (28.34%) mayor a 21 años de antigüedad. (Ver tabla 1 y gráfica 1)

En la tabla de acuerdo al turno en que se otorgó la consulta encontramos que el 96 (51.3%) de los casos se presentó en el turno matutino y 91 (48.7%) en el vespertino. (Ver tabla 2 y gráfica 2)

En relación a la atención médica se observó: 56 (29.94%) de primera vez y a 131 (70.05%) subsecuentes. (Ver tabla 3 y gráfica 3)

En cuanto al diagnóstico se observó a 132 (70.58%) pacientes con diagnóstico de cefalea y 55 (29.41%) con migraña. (Ver tabla 4 y gráfica 4)

Con lo que respecta a los expedientes con diagnóstico de cefalea y migraña apego a la GPC se encontró: 10 (5.34%) con buen apego y 177 (94.65%) con mal apego. (Ver tabla 5 y gráfica 5)

De acuerdo al apego con respecto a los años antigüedad se observó: menor a 5 años de antigüedad 3 (1.60%) con buen apego y 26 (13.90%) con mal apego; de 6 a 10 años, 2 (1.10%) con buen apego y 32 (17.10%) con mal apego; de 11 a 20 años, 2 (1.10%) con buen apego y 69 (36.90%) con mal apego; y mayor a 21 años, 3 (1.60%) con buen apego y 50 (26.70%) con mal apego. (Ver tabla 6 y gráfica 6)

En rubro correspondiente al turno en que se otorgó la consulta con respecto al apego se encontró: que en el turno matutino 4 (2.10%) tiene buen apego y 92 (49.2%) con mal apego y en el turno vespertino 6 (3.20%) con buen apego y 85 (94.7%) mal apego a la GPC. (Ver tabla 7 y gráfica 7)

En campo correspondiente al apego de acuerdo a la atención médica de la consulta se obtuvo: de primera vez a 3 (1.60%) con buen apego y 53 (28.30%) mal apego y subsecuente a 7 (3.70%) con buen apego y 124 (94.7%) con mal apego. (Ver tabla 8 y gráfica 8)

En el apartado de apego a la GPC con respecto al diagnóstico se analizó: cefalea 7 (3.70%) con buen apego, 125 (66.8%) con mal apego y migraña 3 (1.60%) buen apego y 52 (27.8%) mal apego. (Ver tabla 9 y gráfica 9)

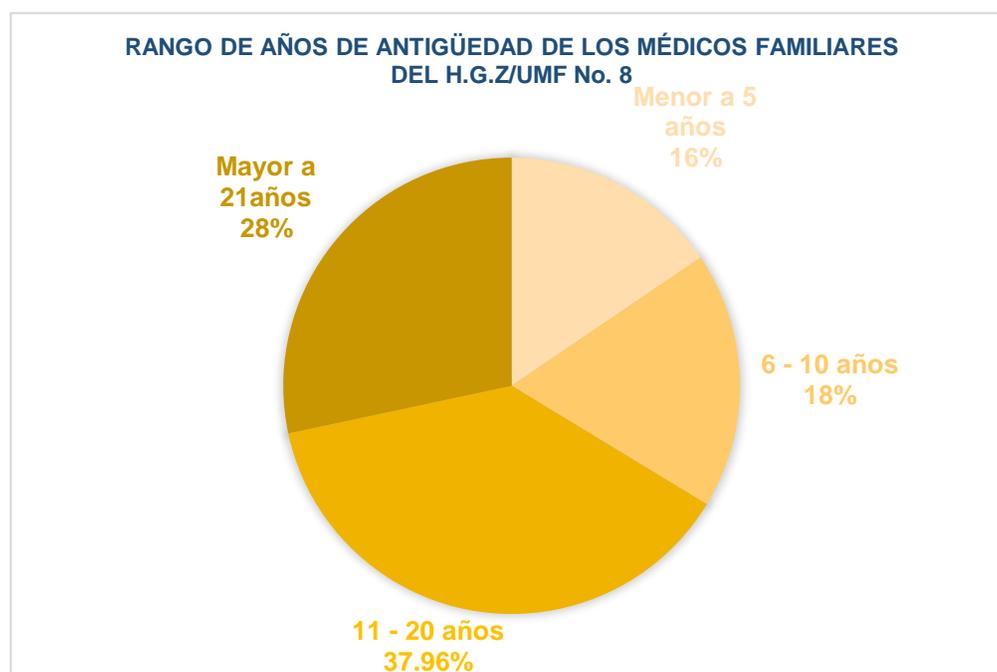
Con respecto al apego de la GPC por consultorio se obtuvo: en el consultorio 1 matutino 10 (5.3%) con mal apego, consultorio 1 vespertino 10 (5.3%) mal apego, consultorio 2 matutino 10 (5.3%) mal apego, consultorio 2 vespertino 10 (5.3%) mal apego, consultorio 3 matutino 10 (5.3%) mal apego, consultorio 3 vespertino 10 (5.3%) mal apego, consultorio 4 matutino 9 (4.8%) mal apego, consultorio 4 vespertino 1 (0.5%) con buen apego y 9 (4.8%) con mal apego, consultorio 5 matutino 9 (4.8%) con mal apego, consultorio 5 vespertino 8 (4.3%) con mal apego, consultorio 6 matutino 2 (1.1%) con buen apego y 8 (4.3%) con mal apego, en el consultorio 6 vespertino 10 (5.3%) con mal apego, consultorio 7 matutino, 1 (0.5%) con buen apego y 9 (4.8%) con mal apego, consultorio 7 vespertino 1 (0.5%) con buen apego y 9 (4.8%) con mal apego, consultorio 8 matutino 10 (5.3%) con mal apego, consultorio 8 vespertino 1 (0.5%) con buen apego y 9 (4.8%) con mal apego, consultorio 9 matutino 10 (5.3%) con mal apego, consultorio 9 vespertino 2 (1.1%) con buen apego y 8 (4.3%) con mal apego, consultorio 10 matutino 1 (0.5%) con buen apego y 7 (3.7%) con mal apego y consultorio 10 vespertino 1 (0.5%) con buen apego y 1 (1.1%) con mal apego. (Ver tabla 10 y grafica 10)

Tabla 1.

RANGO DE AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DEL H.G.Z/ UMF No. 8		
Rango años de antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 5 años	29	15.5%
6 - 10 años	34	18.18%
11 - 20 años	71	37.96%
Mayor a 21 años	53	28.34%
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

Gráfica 1.



Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 2.**

<b>TURNO EN QUE SE OTORGÓ LA CONSULTA DE PACIENTES CON CEFALEA DEL H.G.Z./UMF No.8.</b>		
<b>Turno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Matutino</b>	96	51.3%
<b>Vespertino</b>	91	48.7%
<b>Total</b>	187	100.0%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 2.**



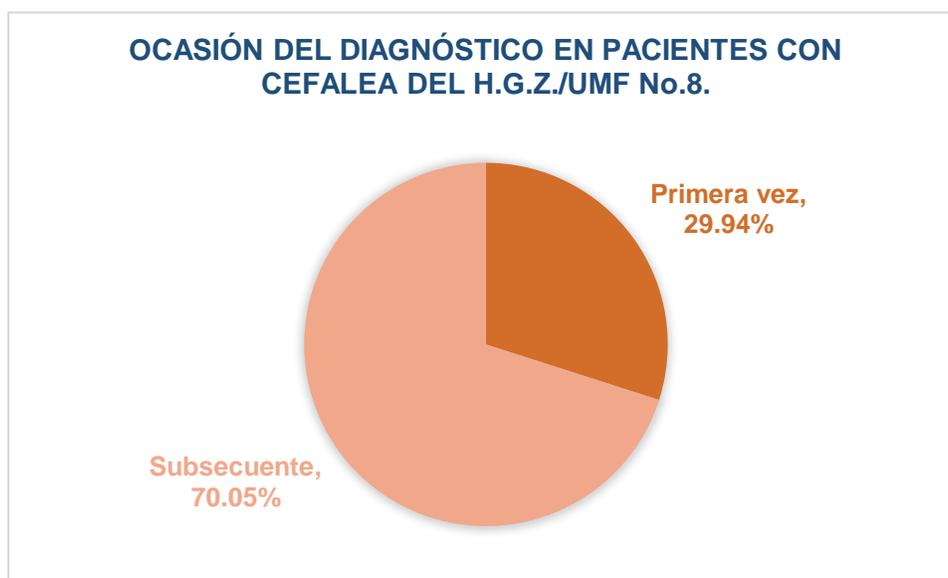
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 3.**

<b>ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON CEFALEA DEL H.G.Z./UMF No.8.</b>		
<b>Ocasión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primera vez</b>	56	29.94%
<b>Subsecuente</b>	131	70.05%
<b>Total</b>	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 3.**



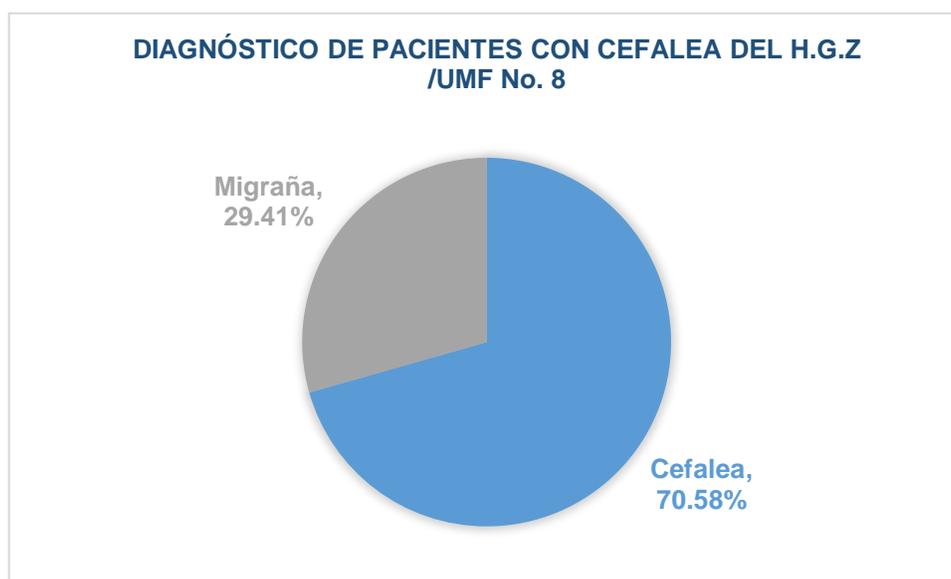
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 4.**

<b>DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CEFALEA DEL H.G.Z./UMF No. 8</b>		
<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Cefalea</b>	132	70.58%
<b>Migraña</b>	55	29.41%
<b>Total</b>	187	100.0

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 4.**



Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 5.**

<b>APEGO A LA GPC DE LOS EXPEDIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CEFALEA DEL H.G.Z./UMF No.8.</b>		
<b>Apego</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Buen apego</b>	10	5.34%
<b>Mal apego</b>	177	94.65%
<b>Total</b>	187	100.0

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 5.**



Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

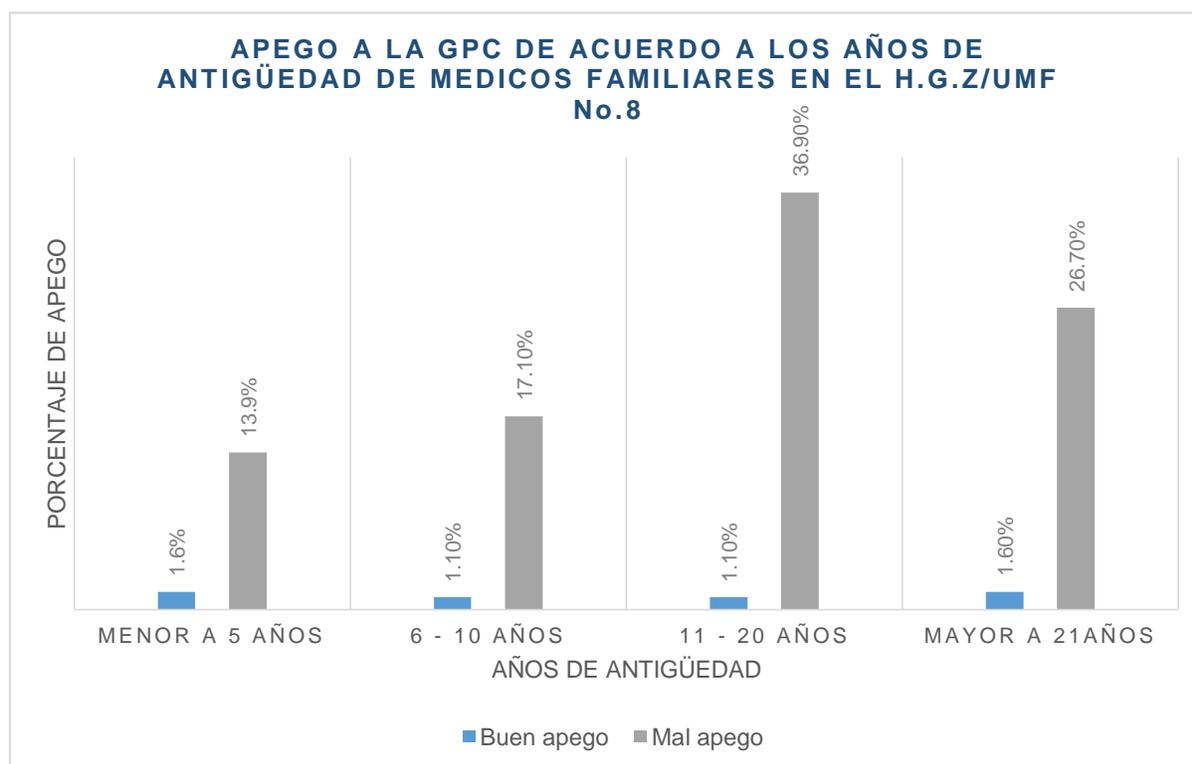
Tabla 6.

**APEGO A LA GPC DE ACUERDO A LOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE MEDICOS FAMILIARES EN EL H.G.Z/UMF No.8**

AÑOS DE ANTIGÜEDAD	APEGO				TOTAL	
	BUEN APEGO		MAL APEGO		Frecuencia	Porcentaje
	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
MENOR A 5 AÑOS	3	1.60%	26	13.90%	29	15.50%
6-10 AÑOS	2	1.10%	32	17.10%	34	18.20%
11-20 AÑOS	2	1.10%	69	36.90%	71	38%
MAYOR A 21 AÑOS	3	1.60%	50	26.70%	53	28.30%
TOTAL	10	5.30%	177	94.70%	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

Gráfica 6.



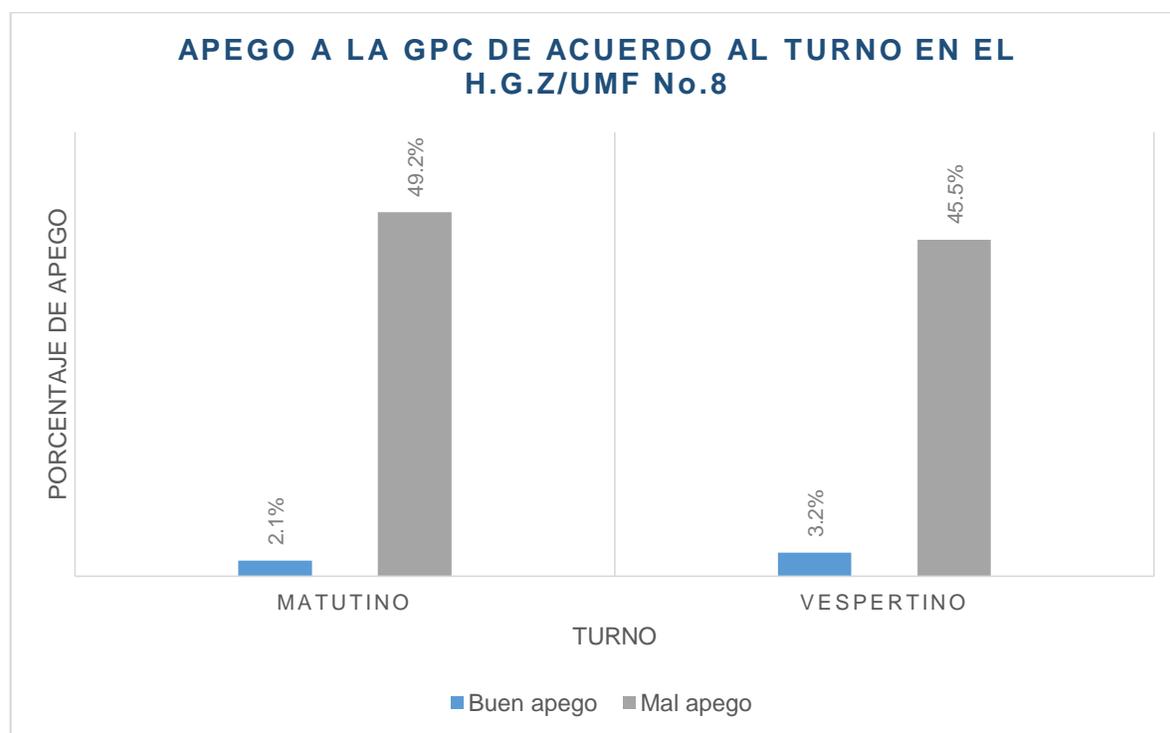
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 7.**

APEGO A LA GPC DE ACUERDO AL TURNO EN EL H.G.Z/UMF No.8						
TURNO	APEGO				TOTAL	
	BUEN APEGO		MAL APEGO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
<b>MATUTINO</b>	4	2.10%	92	49.20%	96	51.30%
<b>VESPERTINO</b>	6	3.20%	85	45.50%	91	48.70%
<b>TOTAL</b>	10	5.30%	177	94.70%	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 7.**



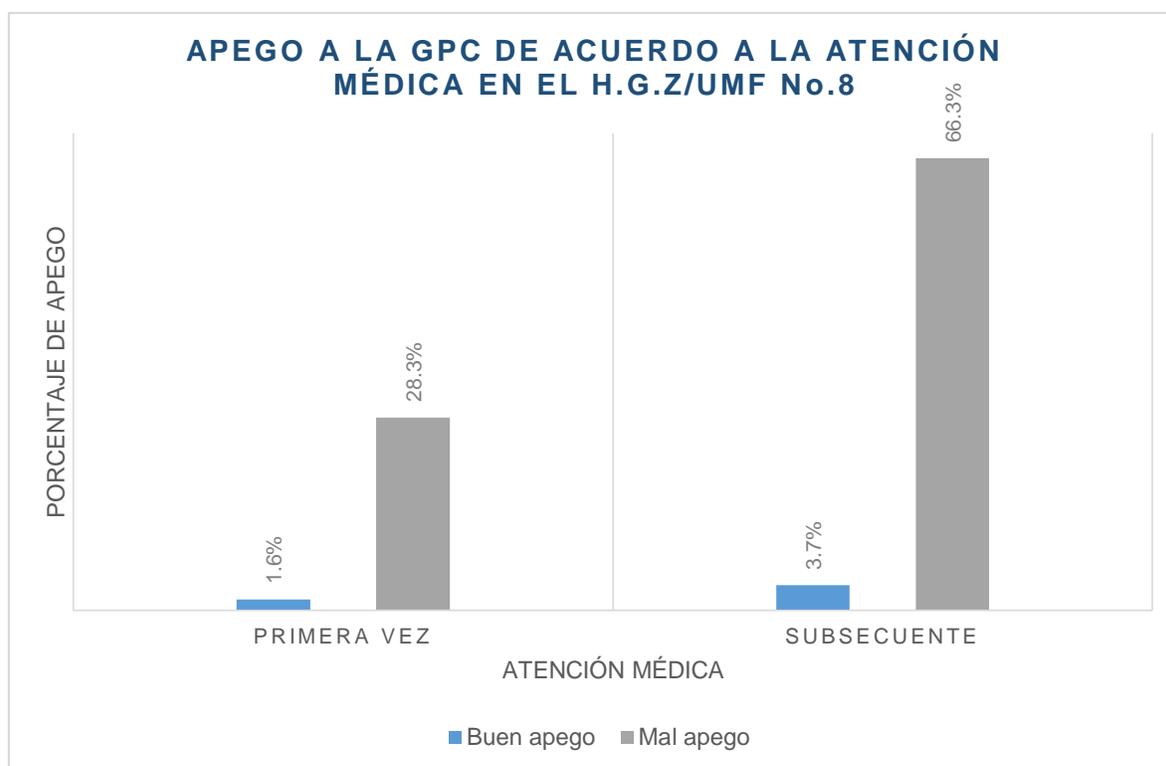
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 8.**

APEGO A LA GPC DE ACUERDO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL H.G.Z/UMF No.8						
ATENCIÓN MÉDICA	APEGO				TOTAL	
	BUEN APEGO		MAL APEGO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
PRIMERA VEZ	3	1.60%	53	28.30%	56	29.90%
SUBSECUENTE	7	3.70%	124	66.30%	131	70.10%
TOTAL	10	5.30%	177	94.70%	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 8.**



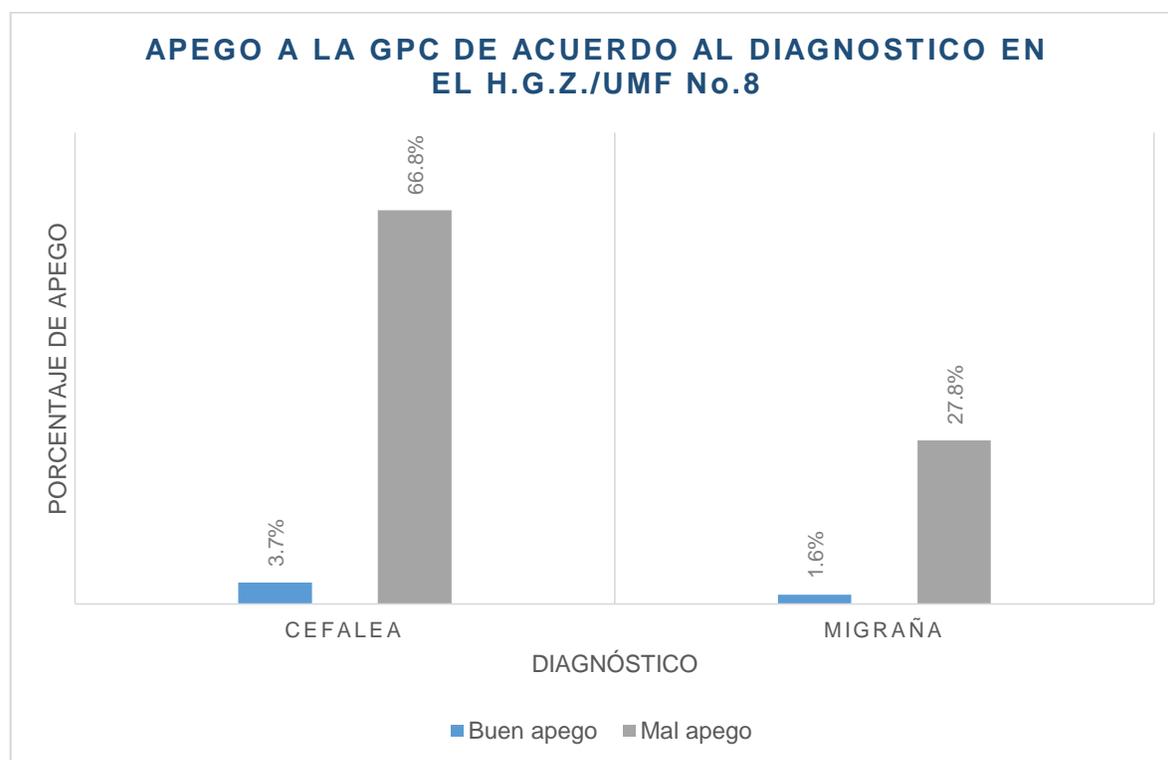
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 9.**

APEGO A LA GPC DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO EN EL H.G.Z./UMF No.8						
DIAGNÓSTICO	APEGO				TOTAL	
	BUEN APEGO		MAL APEGO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
CEFALEA	7	3.70%	125	66.80%	132	70.60%
MIGRAÑA	3	1.60%	52	27.80%	55	29.40%
<b>TOTAL</b>	10	5.30%	177	94.70%	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 9.**



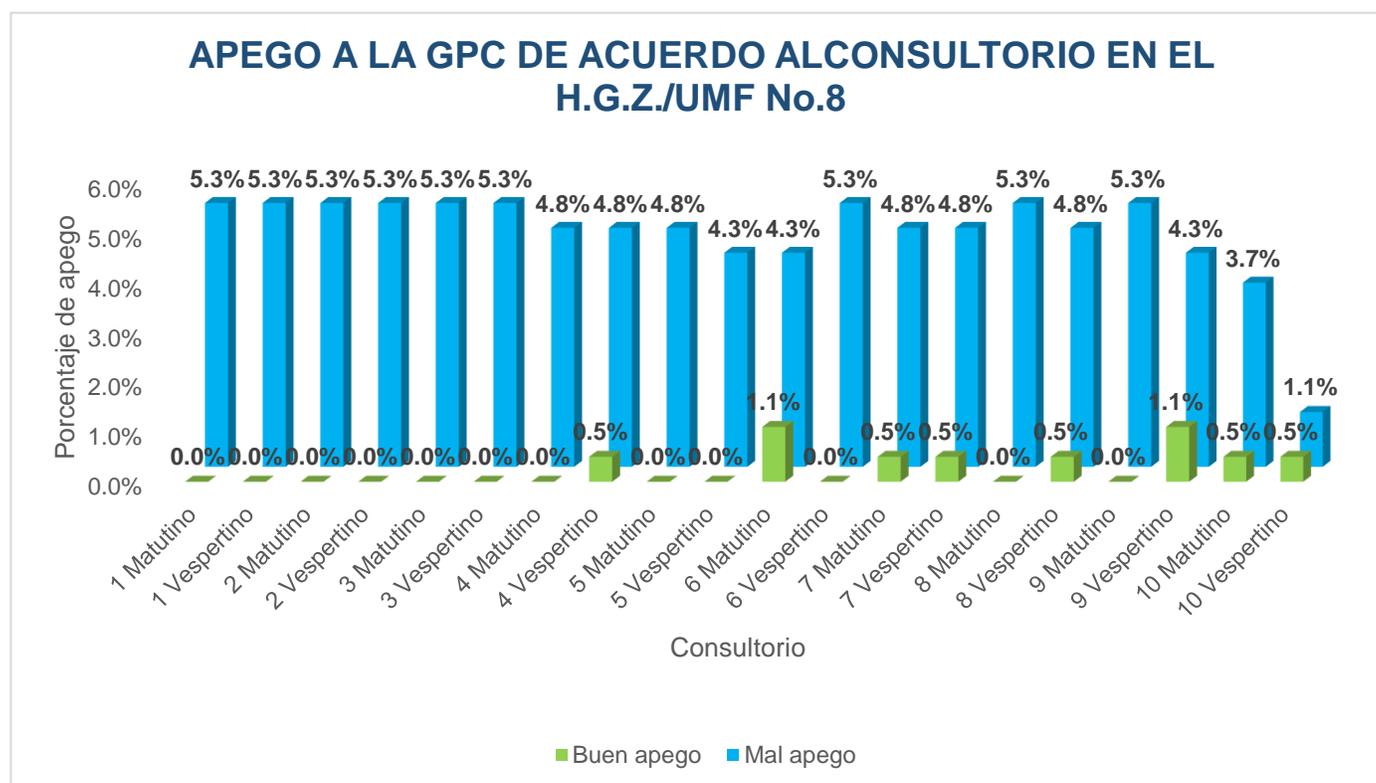
Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Tabla 10.**

CONSULTORIO	APEGO				TOTAL	
	BUEN APEGO		MAL APEGO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
1 MATUTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
1 VESPERTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.0%
2 MATUTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
2 VESPERTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
3 MATUTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
3 VESPERTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
4 MATUTINO	0	0%	9	4.8%	9	4.8%
4 VESPERTINO	1	0.5%	9	4.8%	10	5.3%
5 MATUTINO	0	0%	9	4.8%	9	5.3%
5 VESPERTINO	0	0%	8	4.3%	8	4.3%
6 MATUTINO	2	1.1%	8	4.3%	10	5.3%
6 VESPERTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
7 MATUTINO	1	0.5%	9	4.8%	10	5.3%
7 VESPERTINO	1	0.5%	9	4.8%	10	5.3%
8 MATUTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
8 VESPERTINO	1	0.5%	9	4.8%	10	5.3%
9 MATUTINO	0	0%	10	5.3%	10	5.3%
9 VESPERTINO	2	1.1%	8	4.3%	10	5.3%
10 MATUTINO	1	0.5%	7	3.7%	8	4.3%
10 VESPERTINO	1	0.5%	2	1.1%	3	1.6%
<b>Total</b>	10	5.2%	177	94.8%	187	100%

Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

**Gráfica 10.**



Fuente en: n=187. Hernández-R A A, Espinoza-A G, Vilchis-C E. Sánchez-P J. Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención, en el hospital general de zona con unidad de medicina familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2019.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, *Apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Primer y Segundo Nivel de Atención, Del Hospital General De Zona Con Unidad De Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"*, durante el desarrollo de este trabajo no se encontró registro alguno o reporte de estudios previos de temática similar, sin embargo, se evidenció un apego de 5.34% a la guía de práctica clínica IMSS-047-8, este resultado solo demuestra que gran parte de los médicos ejerce su práctica médica sin apego a la guía de práctica clínica.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se encontró que los médicos con menos de 5 años de antigüedad y mayor a 21 años de antigüedad tuvieron un mayor apego a la GPC con un valor de 1.60%; en cuanto al turno se observó un mayor apego en el turno vespertino con 3.20%, con respecto a la atención médica, la consulta subsecuente se observó un apego de 7.30%, con relación al diagnóstico se observó un apego de 3.70% en expedientes con diagnóstico de cefalea. En lo que refiere al consultorio se observó un mayor apego en los consultorios 6 matutino y 9 vespertino con 1.1% de apego a la GPC, sin embargo los resultados obtenidos son muy bajos.

Un alcance que se logra con este trabajo, es contribuir con esta información en los análisis de registros nacionales; los resultados expuestos aportan características propias de este hospital, ampliando el panorama general de la atención ofrecida en los servicios de primer nivel de atención.

Un punto de importancia es el vislumbrar un panorama acerca de la necesidad del seguimiento puntual de pautas establecidas para la atención médica en las distintas patologías de causa frecuente de atención, lo anterior al corroborar el bajo nivel de adherencias a las recomendaciones teóricas que se ofrecen las GPC.

Que el presente estudio sirva como pauta para evaluar el avance posterior a la capacitación e implementación de medidas que favorezcan el conocimiento de distintas guías y que permitan poco a poco adoptarlas y al mismo tiempo ofrecer una diferencia significativa al otorgar una atención de calidad.

Las limitantes que se presentaron para obtener los datos del presente estudio fue la falta de computadoras en el servicio de medicina familiar, ya que se disponen de acuerdo al personal; así mismo no todo el personal tiene acceso al catálogo de ARIMAC motivo por el cual los jefes de servicios deben ser los que proporcionen la autorización para realizar la búsqueda de información.

Conforme a los sesgos que se presentaron, cabe mencionar que en muchas ocasiones los médicos responsables de los consultorios son cubiertos por otros médicos, también en algunas ocasiones las notas son elaboradas por los médicos residentes de medicina familiar que rotan por el servicio. Se encuentran notas que destacan la falta de pericia para identificar signos clínicos, la falta de conocimiento y habilidad para plasmar adecuada y correctamente las conclusiones en la nota, con lo que, en el caso de hacerlo correctamente, se lograría contar con un panorama amplio y completo del diagnóstico, tratamiento evolución del padecimiento de acuerdo a los ítems de la cedula de evaluación.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio podemos enfocar las estrategias a nivel de la práctica de la medicina familiar:

En el ámbito asistencial para el médico familiar es un nuevo reto el poder realizar un abordaje integral de la cefalea, realizar un diagnóstico oportuno para poder iniciar un tratamiento adecuado y obtener una respuesta favorable que mejore la calidad del vida del paciente, todo esto sabiendo implementar de manera adecuada la cédula de verificación que se planteó en este trabajo. Por eso se propone crear un mecanismo de capacitación con lo cual el personal conozca la información contenida en las GPC, y de esta manera se lleven a cabo en la práctica diaria y que de forma natural se acaten en el ejercicio médico.

En el aspecto educativo en el presente estudio se evidencio la falta de conocimiento del abordaje de la patología lo que nos permite poder realizar estrategias para la capacitación continua y evaluación del apego a la GPC. De esta forma dar a conocer a los médicos familiares a través de sesiones o cursos, los puntos de evaluación de la cedula de verificación de la GPC para poder aplicarla.

En el área de la investigación se espera que este trabajo forme parte de los estudios que marcan un punto de referencia para ofrecer planes de mejora en la práctica médica, logrando influenciar al médico para implementar nuevas formas de análisis y acercamiento a las guías de práctica clínica transitando a una plataforma más amigable y accesible para el personal médico. De esta manera los jefes de servicio pueden evaluar de manera periódica el apego a la GPC obteniendo una retroalimentación positiva.

En lo referente al área administrativa se pretende que un adecuado análisis e implementación del conocimiento de la clínica, diagnóstico y tratamiento de la cefalea, influya en los costos directos del tratamiento de las cefaleas, los cuales son ínfimos si se comparan con los enormes ahorros que podrían lograrse en el apartado de los costos indirectos (por ejemplo, al reducir los días de trabajo perdidos) si se asignaran recursos suficientes a su tratamiento. De igual forma se pretende que se gestionen programas de actualización para el personal médico con el objetivo de crear redes más fuertes de conocimiento sobre distintas GPC.

## CONCLUSIONES

La investigación cumplió con el objetivo de evaluar el apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el Primer y Segundo Nivel de Atención, del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en donde se concluyó de acuerdo a los resultados del estudio, la ínfima adherencia a la guía de práctica en menos de la décima parte de los expedientes evaluados.

De acuerdo con los datos que se analizaron se aceptó la hipótesis alterna y se descartó la hipótesis nula que fue planteada con fines educativos, concluyendo que el apego a la GPC es bajo en el HGZ/UMF No. 8.

En estudios realizados se ha evidenciado que dentro de las principales causas para que no se lleve a cabo la implementación de las GPC, está el tiempo de consulta, seguido de que no se conocen las GPC y entre otras respuestas que ofrecen ante la falta de utilización de las guías es el difícil acceso a las mismas. Otra de las situaciones que contribuyen a la falta en el apego a las guías de práctica clínica es el hecho de no realizar un adecuado registro de las acciones efectuadas, provocando la omisión de una gran cantidad de datos importantes para una adecuada valoración. Los resultados también permiten concluir que el desconocimiento generalizado y falta de uso de las GPC es en parte resultado de la falta de capacitación y escasa difusión.

Dentro de los puntos que se lograron identificar para mejorar el apego a la guía de práctica clínica, es realizar una nota médica adecuada y completa que incluya las características propias a analizar de la enfermedad, describiendo detalladamente la clínica que se muestra, haciendo además referencia de los datos negados con el propósito de evitar la mala interpretación de la misma por falta de datos, así también apearse a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento, para poder ofrecer una atención completa, en orden y detallada. Todo esto realizando capacitación continua y evaluación periódica para observar los puntos débiles y poder realizar estrategias específicas que ayuden a mejorar el abordaje integral de la patología.

Es importante continuar con las investigaciones sobre el apego de GPC de cefalea y otras enfermedades que son motivo frecuente en la atención al derechohabiente, para ofrecer una mejora en la calidad de atención y vida del paciente.

Se concluye, que esta investigación es trascendente ya que se logró evidenciar el ínfimo apego a la GPC de cefalea, lo que demuestra la relevancia que se le da al tema siendo una de las principales causas de atención de consulta de primer nivel de atención, y una de las causas de incapacidad laboral que genera alto gasto de recursos institucional, lo que nos incita a fomentar en los médicos de primer nivel la utilización de las guías de práctica clínica para mejorar el abordaje de las patológicas y mejorar calidad de vida de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prasad-G. et. al. Prevalence of Chronic Pain, Impact on Daily Life, and Treatment Practices in India. *Pain Practice*, Vol. 14(2), 2014 51–62.
2. Ozge A. Chronic Dalily Headache in the Elderly. *Curr Pain Headache Rep.* 2013 17(12):382-8.
3. Magazia D, Tension type headaches: a review, *S Afr Fam Pract* 2015; 57(1):23-28.
4. López-Bravo A, et al. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. *Neurología*. 2017. Vol. 1248. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003>
5. Gómez O, María A, Serna V. Laura, Cefalea: Más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2015; 16(6): 41-53.
6. Fernández M, Fernández P. Fernández J, Cefaleas y migrañas en la adolescencia, *Adolescere*, 2015; III (3): 9-28.
7. Buonanotte C, Buonanotte M, Migraña, *Neurol Arg*, 2013; 5(2): 94–100.
8. Pardo R, Fernández-Marcos T, Lozano-Herrera T, Estudio epidemiológico sobre cefaleas en población universitaria española, *Psychologia*, (2017), 11(2), 13-27.
9. OMS, Cefaleas, 8 abril del 2016 (Citado el 18 Octubre del 2018), disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders#>
10. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García AF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ., Calidad y cumplimiento de guías de práctica. *Salud Pública Mex*, 2017; 59(2): 165-175.
11. Loreto C. Cefalea, evaluación y manejo inicial, *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(4) 651-657.
12. Chaibi A, Bjørn M, Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials, *The Journal of Headache and Pain*, 2014, 15 (67); 1-8.
13. Gomez G. García G. Macías B. González. Actualización del manejo de las cefaleas en urgencias. *Medicine*. 2015; 11(89):5331-6.
14. Cancho-C. Hedrera-F. Cefalea en el niño y adolescente. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 632–639
15. Sánchez P. M, Andrés-B. M, López-Z A, F. Higes –P. Yusta-I, Cefalea (I). Cefalea tensional, *Medicine*. 2015; 11(70): 4147-54.
16. Beran-R. Management of chronic headache. *Australian Family Physician*. 2014. 43 (3): 106-110.
17. Mier-R. Dhadwal-S. Primary Headaches, *Dent Clin N Am*. 2018; 62; 611–628.
18. Yusta-I. Cubilla-S. Sánchez-P. Higes-P. Cefalea (II). Migraña. *Medicine*. 2015; 11(70): 4155-66.
19. Pro S., et. al., Primary headache pathophysiology in children: The contribution of clinical neurophysiology. *Clinical Neurophysiology*. 2014. 125; 6–12
20. Rizzoli P, Williams J, Headache. *The American Journal of Medicine*, 2018; 131(1); 17-24.

21. Weatherall M. Drug therapy in headache. *Clinical Medicine*, 2015, Vol 15(3): 273–9.
22. Werner J. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache* 2015; 55: 778-793.
23. Magan T. Escuredo B. Estrada V. Tratamiento de la Migraña aguda y crónica y aspectos preventivos. *Terapéutica en APS*. 2017; 24(3):157-65.
24. Berk T. Ashina S. Martin V. Newman L, Vij Brinder. Diagnostic and Treatment of Primary Headache Disorders in Older Adults, *J Am Geriatr Soc*. 2018; 00:1–9.
25. Amaal J. Diagnosis and Management of Headache in Older Adults. *Mayo Clin Proc*, 2018; 93(2): 252-262.
26. Sosa J, Nieves-H P, Puentes-R E, Pineda-P D, Viniegra-O A, Torres-A L, et al., Experiencia del Sistema Nacional de Salud Mexicano en el desarrollo de guías de práctica clínica, *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84(2):173 - 179.
27. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la cefalea tensional y migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, Secretaria de Salud. 03/11/2016. Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/047\\_GP\\_C\\_CefaleaMigrana/IMSS\\_047\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/047_GP_C_CefaleaMigrana/IMSS_047_08_EyR.pdf)
28. Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología, GECSN. (Consultado el 10/12/2018). Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. Disponible. <http://cefaleas.sen.es/index.php/es/recursos-cientificos/guias>
29. Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología, GECSN. (Consultado el 10/12/2018). Guías diagnósticas y terapéuticas de la sociedad Española de Neurología 2015.3. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Disponible. <http://cefaleas.sen.es/index.php/es/recursos-cientificos/guias>
30. Becker W J, Findlay T, Carmen Moga C, Scott A, Harstall C, Taenzer P, Guideline for primary care management of headache in adults, *Clinical Review*. 2015. Vol.61:670-679. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26273080>

# ANEXOS

## ANEXO 1.

### Box 3 Tension-type headache

Characteristics	Bilateral, pressing quality (tight headband), mild/moderate pain, not aggravated by movement
Accompaniments	No nausea/vomiting, either photophobia or phonophobia
Duration	30 min to 7 d
Frequency	Episodic or chronic

*Data from* Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33(9):629–808.

## ANEXO 2.

### Box 1 Migraine

Characteristics	Typically unilateral Pulsating Moderate/Severe pain level Aggravated by movement Individual often withdraws to quiet/dark setting
Accompaniments	Nausea and/or vomiting Photophobia and Phonophobia (at least one of the above)
Duration	4–72 h
Frequency	Episodic or chronic (>15 d)

**ANEXO 3.**



**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
División de Excelencia Clínica**

**Cédula de Verificación de Guía de Práctica Clínica**

<b>Delegación/UMAE :</b>		
<b>Unidad:</b>		
<b>No de seguridad social:</b>		
<b>Edad y sexo:</b>		
<b>Fecha de la evaluación:</b>		
TÍTULO DE LA GPC		Calificación De Las Recomendaciones
Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto		
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN
Mujeres y hombres mayores de 18 años	Médico General, Médico Familiar, Médico Oftalmólogo	Primero y Segundo nivel de atención
<b>RECOMENDACIONES</b>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
Documentar al menos 5 ataques, que sin tratar duran de 4 a 72 hrs.		
Se recomienda reportar al menos 5 ataques con al menos dos de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral</li> <li>• Pulsátil</li> <li>• Moderado a severo</li> <li>• Se agrava con la actividad física</li> </ul>		
Registrar al menos 5 ataques con uno de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Náusea, vómito, Fotofobia, fonofobia ú osmofobia</li> </ul>		
TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL		
Como tratamiento de primera línea se recomienda: paracetamol 650 - 1300 mg/cada 4 hrs en máximo 2 dosis o ácido acetilsalicílico de 650 a 1300 mg/cada 4 horas en 2 tomas al día en las crisis agudas de cefalea. (Nota: En el IMSS hay ácido acetil salicílico tableta de 500mg y tab. soluble de 300 mg).		
Otra opción como tratamiento de primera línea es naproxeno 500 mg/día.		
Cuando el tratamiento con fármacos de primera línea no funcione, agregar un tratamiento de segunda línea: fluoxetina de 20 a 40 mg/día.		

<b>TRATAMIENTO DE MIGRAÑA</b>	
En presencia de un ataque agudo de migraña prescribir además del AINE, Sumatriptán 50-100 mg vía oral o 6 mg vía subcutánea. Si hay recurrencia repetir en 24 hrs una vez si es subcutánea o dos veces si es oral.	
En caso de no contar con Sumatriptan. Se sugiere que en presencia de un ataque agudo de migraña además del AINE se prescriba ergotamina de 1 a 2 mg, 3 veces al día con un máximo 10 mg a la semana.	
No se sugiere indicar sumatriptán dentro de las 24 horas posteriores de haber administrado dihidroergotamina o ergotamina.	
Para tratamiento de profilaxis se recomienda Propanolol de 40 mg/día e incrementar a dosis respuesta, vigilando efectos secundarios.	
Otra opción de tratamiento profiláctico es Verapamilo.	
<b>VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO</b>	
En cefalea sin respuesta al tratamiento descartar una causa subyacente.	
Se recomienda que el tratamiento profiláctico sea de 6 a 9 meses.	
Efectuar seguimiento cada 2 o 3 meses en los pacientes con tratamiento de profilaxis.	
<b>CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No responde a tratamiento</li> <li>• Sea la primera cefalea o la peor en la vida del paciente, particularmente si es de inicio súbito.</li> <li>• Un cambio en frecuencia, severidad o características clínicas habituales del ataque</li> <li>• Cambios en la agudeza visual, campo visual o diplopia</li> <li>• El dolor ocurre con las maniobras de Valsalva (tos, estornudo o agacharse).</li> </ul>	
<b>EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO</b>	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	0
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	0
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	0
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
<b>Apego a la GPC (SI/NO)</b>	
OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

## ANEXO 4.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

**APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**2018\_2019**

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
TITULO	x											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		x										
OBJETIVOS			x									
HIPOTESIS				x								
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO				x								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACIONES ETICAS					x							
RECURSOS						x						
BIBLIOGRAFIA							x					
ASPECTOS GENERALES								X				
ACEPTACION								x	x	X	x	X

### 2019-2020

FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		x										
RECOLECCION DE DATOS					x							
ALMACENAMIENTO DE DATOS												
ANALISIS DE DATOS												
DESCRIPCION DE DATOS												
DISCUSIÓN DE DATOS												
CONCLUSION DEL ESTUDIO												
INTEGRACION Y REVICION FINAL												
REPORTE FINAL												
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

## ANEXO 5.

Fecha: 2 de Enero del 2020

### ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Esp. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto, Médico familiar. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, Matrícula: 99374232.** y con **adscripción en el HGZ/UMF No.8**, realice la investigación titulada: "APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO", dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2019 al 28 de febrero del 2020. Se acudirá a revisar el censo de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cefalea en la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No. 8, y se solicitará la revisión de los expedientes. Una vez obtenidos los expedientes se aplicará la cedula de evaluación del apego a las recomendaciones de las guías de práctica clínica "diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención".

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al **Esp. Espinoza Anrubio Gilberto** y a la **Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Amisadai Atalia Hernández Rebollar** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
**DIRECTOR**

## ANEXO 6.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención, del hospital general de zona con unidad de medicina familiar no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Marzo 2018-Febrero 2020
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	<b>POR SER UN ESTUDIO DE TIPO RETROSPECTIVO NO REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b>
Procedimientos:	Aplicación de la cedula de evaluación de la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención a expedientes clínicos.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el apego a la guía de práctica clínica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Conocer el apego a la guía de práctica clínica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matrícula 99374232. Correo: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx) Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax

Colaboradores:

Hernández Rebollar Amisadai Atalia. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97372643 Correo: [amihr@hotmail.com](mailto:amihr@hotmail.com). Teléfono: 5520776954 Fax: No Fax  
Vilchis Chaparro Eduardo, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor médico del CIEFD CMN SXXI, Mat 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.  
Sánchez Pineda Jorge. Médico familiar. H.G.Z./U.M.F. No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matrícula: 99379893. Cel: 5540432008 Email: [jomshuk@gmail.com](mailto:jomshuk@gmail.com). Fax: No Fax.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p style="text-align: right;">Amisadai Atalia Hernández Rebollar</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
--	---

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**