

Valoración del cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de cefaleas en urgencias

Sr. Editor:

En nuestro hospital estamos protocolizando las patologías más prevalentes en Urgencias. Este estudio revisa el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en nuestro protocolo de cefalea.

El protocolo de cefalea afebril en urgencias se elaboró por neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas. Se presentó en sesión hospitalaria en junio de 2003¹ incluidos los indicadores de calidad (tabla 1). Ha sido sometido a 3 revisiones, junio 2004, octubre 2004 y junio de 2005. Los criterios de calidad no se modificaron en ninguna de las revisiones.

Se revisaron en dos períodos de un mes, los casos atendidos en urgencias por cefalea. Se revisaron sus informes de urgencias y se recogió la constancia escrita de los cuatro indicadores de calidad. Fueron excluidas las cefaleas febriles y los niños que ingresaron.

Se analizaron los informes del mes de febrero de 2005. Los resultados se presentaron en sesión clínica en abril de 2005, haciendo hincapié en la necesidad de constancia escrita de los datos importantes. Posteriormente se revisaron las cefaleas del mes de mayo de 2005.

Los resultados se reflejan en la tabla 1. Fueron atendidos aquejando cefalea afebril 33 niños en el mes de febrero de 2005 y 38 en el mes de mayo del mismo año. Se ingresaron 5 casos (13,16%) en febrero y 6 casos (13,64%) en mayo, que quedaron excluidos de la revisión.

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en la consulta del pediatra de atención primaria, del neuropediatra y en las urgencias pediátricas^{2,3}. Con una anamnesis detallada, una exploración general y neurológica con fondo de ojo y determinación de la presión arterial, podemos orientar el diagnóstico⁴⁻⁷.

Muchas cefaleas en urgencias son prodrómicas de una viriasis, pues es frecuente una consulta precoz. Otras causas frecuentes son cefaleas tensionales y migrañas. Sin embargo pueden ser la primera manifestación de procesos graves como meningitis, tumor o hemorragia cerebral⁸.

Lo fundamental en el servicio de urgencias es discriminar una cefalea "benigna", cuyo manejo puede ser domiciliario con un tratamiento sintomático de primera línea, de una que requiera estudio por la posibilidad de que se deba a una alteración estructural intracraneal, que pueda precisar tratamiento agresivo. Estas lesiones se identifican mediante la neuroimagen. Otros exámenes complementarios, en general no son útiles en las cefaleas afebriles, por lo que la cuestión es la indicación de neuroimagen^{2,3}.

En nuestra pauta se establecieron cuatro indicadores de calidad. Tres de exploraciones físicas y el cuarto la instauración de una terapéutica domiciliaria adecuada hasta el control posterior por el pediatra del paciente⁹. Tienen sus excepciones: se consi-

TABLA 1. Indicadores de calidad con resultados de ambos grupos

Indicador o criterio	Excepciones	Aclaraciones	Estándar	Grupo 1 Febrero 2005 28 niños	Grupo 2 Mayo 2005 32 niños
1. Constancia de registro de PA	Ninguna		90%	27 (81,8%)	25 (65,8%)
2. Constancia de realización de fondo de ojo	– Si el paciente ingresa y no hay ninguna sospecha de HTE – Niño ya controlado por cefaleas – Menores de 4 años no colaboradores, con cefalea de pocas horas de evolución	Constar quien realiza el FO (Pediatra, Oftalmología)	90%	17 (51,5%)	27 (71,1%)
3. Constancia de indicación terapéutica de primera línea (según protocolo: AINE ± antiemético)	– Paciente crónico con otros fármacos de base – No se considera necesario tratamiento		95%	23 (69,7%)	31 (81,6%)
4. Constancia de signos meníngeos	Ninguna		95%	31 (93,9%)	35 (92,1%)

PA: presión arterial; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; HTE: hipertensión endocraneal; FO: fondo de ojo.

dera exento de realización de fondo de ojo el paciente que ingresa sin sospecha de hipertensión endocraneal, el niño que ya está siendo controlado por cefaleas y los menores de 4 años no colaboradores, con cefalea de pocas horas de evolución.

Los resultados del mes de febrero (tabla 1) se presentaron en sesión clínica, haciendo hincapié en los dos indicadores peor cumplimentados (el fondo de ojo y el tratamiento) y en la necesidad de la constancia escrita de los datos importantes. Se pusieron en marcha talleres de valoración del fondo de ojo, coordinados por la unidad de neuropediatría.

Tres meses después, los resultados no fueron muy distintos (tabla 1): si bien el número de exploraciones de fondo de ojo y la constancia del tratamiento escrito aumentaron, hubo un descenso en la determinación de la presión arterial. La constancia de signos meníngeos fue similar.

El proceso de monitorización continua mediante el audit, nos sitúa en la realidad de nuestra práctica médica y en las actuaciones que debemos mejorar. Trabajos como éste abren la puerta a nuevas estrategias para hacer llegar a todos los profesionales de un servicio la información sobre sus propias actuaciones. Si un protocolo no es ejecutado por la gran mayoría de los componentes del servicio, no cumplirá su función, aunque su elaboración sea excelente.

La evaluación nos ha introducido en el ciclo de aprendizaje y mejora, tan vinculado a la excelencia del trabajo. Dentro de nuestra metodología, hemos introducido esta evaluación en las sesiones clínicas (*feed back*), lo que constituye un método de primer orden en la formación tanto de los médicos residentes como de la plantilla pediátrica. Los indicadores de calidad, como medida cuantitativa, se utilizan como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial¹⁰.

Se debe incluir la actualización bibliográfica y de las evidencias y la evaluación continuada del protocolo, asumiendo que el proceso de mejora no tiene un punto final.

**A. García Oguiza^a, G. Manjón Llorente^a,
J. López Pisón^{a,d}, J.R. García Matab^a,
M.ªC. García Jiménez^{c,d}, C. Campos Calleja^{c,d}
y J.L. Peña Segura^a**

^aUnidad de Neuropediatría.

^bUnidad de Calidad Asistencial.

^cUnidad de Urgencias Pediátricas.

^dGrupo de Calidad de Urgencias Pediátricas.

Hospital Universitario Miguel Servet.

Zaragoza. España.

Correspondencia: Dr. J. López Pisón.

Unidad de Neuropediatría.

Hospital Universitario Miguel Servet.

P^o Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. España.

Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es

2. López-Pisón J, Rebage V, Arana T, Baldellou A, Arcauz P, Peña-Segura JL. Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional. II. Motivos de consulta. *Rev Neurol.* 1997;25:1685-8.
3. Peña Segura JL, Muñoz Albillos M, López Pisón J. Cefaleas en pediatría. Propuestas de actuación. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2004;34:55-61.
4. Rossi LN, Cortinovis Y, Bellettini G, Brunelli G, Bossi A. Diagnostic Criteria for Migraine and Psychogenic Headache in children. *Dev Med Child Neurol.* 1992;34:516-23.
5. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prenskey A, et al; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2002;59:490-8.
6. Romero Sánchez J, Picazo Angelín B, Tapia Ceballos L, Romero González J, Díaz Cabrera R, Romero Sánchez Y. Efectividad de los estudios de neuroimagen en niños con cefalea. *An Esp Pediatr.* 1998;49:487-90.
7. Medina LS, Kuntz KM, Pomeroy S. Children with headache suspected of having a brain tumor: A cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies. *Pediatrics.* 2001;108:255-63.
8. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care.* 1997;13:1-4.
9. Muñoz Albillos M, Peña Segura JL, López Pisón J. Tratamiento de las cefaleas en pediatría. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2004; 34:63-68.
10. Luaces C, Benito J, Ferrés F, González A, Sebastián V. Indicadores pediátricos para medir la calidad de la atención sanitaria. Adaptación de: Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura R M^a, Suñol R, Tomas S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya. Juny 2001.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández B, Muñoz M, Peña JL, Fernández C, Campos C, López Pisón J. Estrategia diagnóstica-terapéutica de las cefaleas en Urgencias Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2004;34:69-71.