

**“ANÁLISIS CRÍTICO DE INTERCONSULTAS POR CEFALEA DESDE
APS Y PROPUESTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN EN
NIVEL SECUNDARIO Y TERCARIO”**

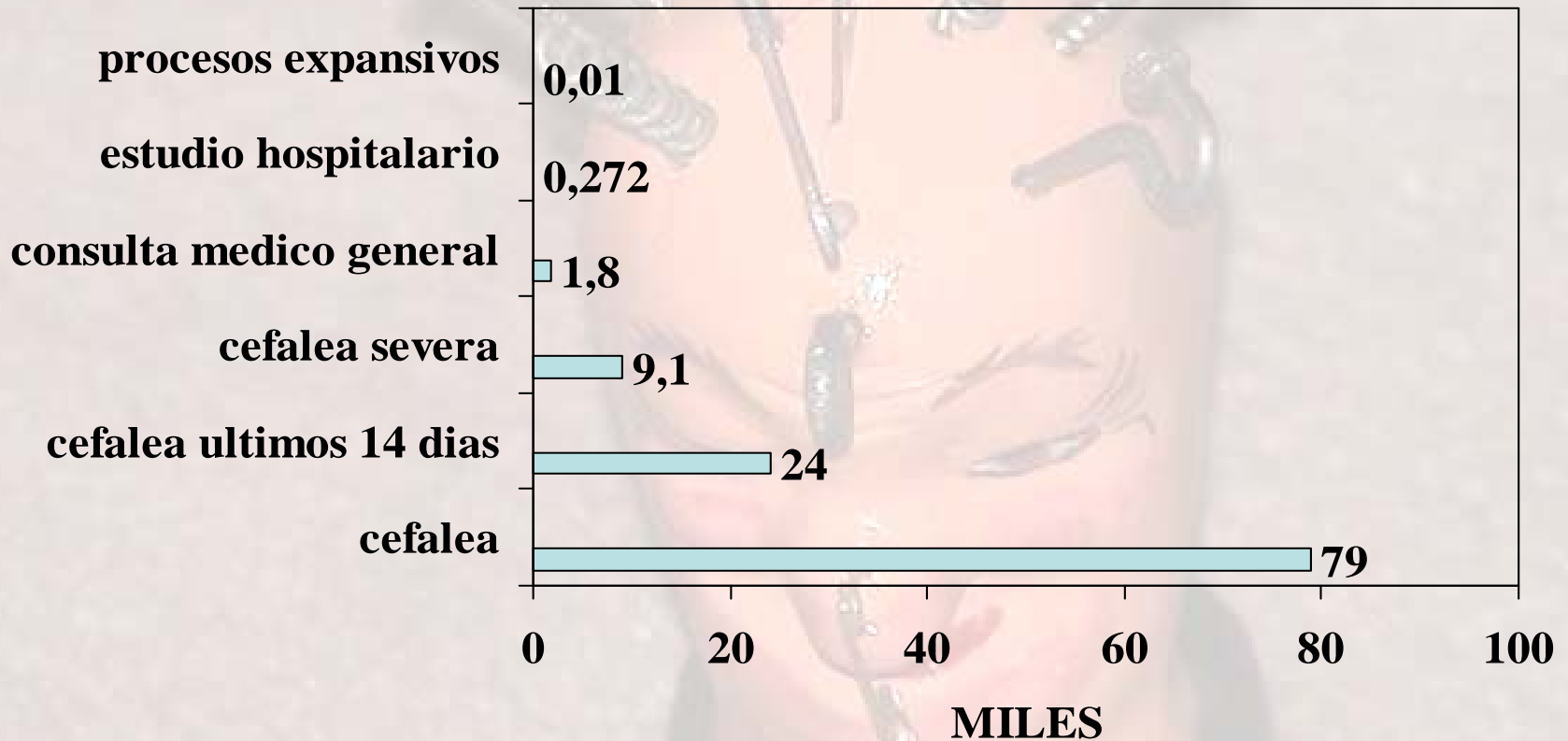
**** Oyanadel Maldonado M., ** Toro Olmos A., ** Torres Moyano F., ** León Romero C , * Dra. Vidales, Maquieira A , Dr. Eurolo M. J***

*** Tutores: Dra. Vidales, Maquieira A. Dr. Juan Eurolo M.
* * Interno de Medicina de la Universidad de Valparaíso**

INTRODUCCION

- 90% de las personas presenta Cefalea
- **Demanda frecuente en APS**, especializada y servicios de urgencias
- Alta tasa de ingestión de analgésicos por cefalea, automedicación y abuso
- Causa importante de ausentismo laboral
- Puede evolucionar a la cronicidad
- Importancia de un **correcto diagnóstico y tratamiento desde APS**

Cefalea en una población de 100.000 habitantes



Periodo de observación : 12 meses

HOPKINS 1988

Red y Cefalea

- Mecanismo básico de interrelación **Interconsulta**
- Problemas:
 - **Sobrerderivación:** Contexto medico legal, poca claridad del Dg, etc
 - Baja cantidad de **recursos** disponibles
 - **Contratransferencia de** terciarios a APS

Estrategias

- HCVB organización de demanda :
Modelo de priorización IC
 - Práctica uniforme
 - Criterios claros y transparentes
 - Acceso a las prestaciones

Priorización de IC

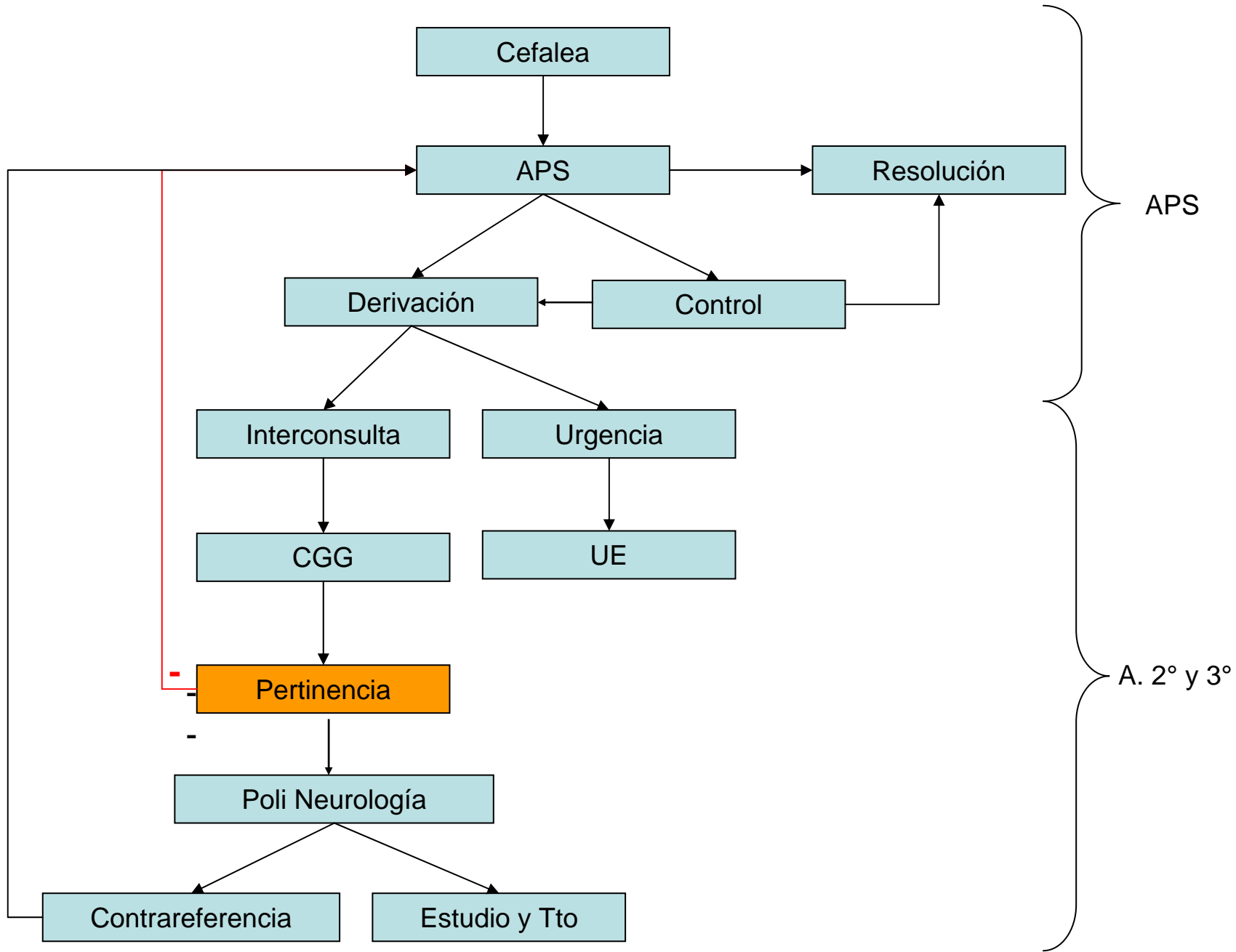
- 100% IC de APS deben llegar al Centro de Gestión Global
- Jefe de servicio
 - Gestión de la demanda
 - Determinar su oferta y demanda
 - **Pertinencia**

CRITERIOS DE PERTINENCIA

1. Cefalea intensa de inicio agudo (sobre todo en mayores de 40 años)
2. Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
3. Cambio en las características de la cefalea.
4. Cefalea de presentación nocturna o que se agrava durante el sueño.
5. Empeora con el esfuerzo o maniobras de Valsalva.
6. Acompañada de síntomas neurológicos.
7. Cefalea progresiva (frecuencia e intensidad crecientes).
8. Cefalea que no cede con analgesia.
9. Manifestaciones acompañantes (crisis, fiebre, náuseas y vómitos, signos meníngeos, papiledema, focalidad, alteraciones del comportamiento...).

Pertinencia y subcategorías

- Pertinentes:
 - A: prioridad máxima → 1^a sm → "¿Signos Alarma?"
 - B: prioridad relativa → <mes → "Refractaria a tratamiento".
- No pertinente
 - C: datos en I.C. no claros → devueltas → APS
 - D: no corresponden:
 1. Derivación equivocada de especialidad.
 2. Letra ilegible.
 3. Diagnóstico que no justifica evaluación o reevaluación.
 4. Error diagnóstico.
 5. Fecha de emisión antigua.



Objetivos

- Detectar problemas más frecuentes en la derivación y manejo por parte del médico general
- Evaluación IC recepcionadas en el HCVB

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio: Descriptivo retrospectivo
- Universo: Total de IC al por al Servicio de Neurología HCVB 2007: 744
 - **50% por cefalea**

Criterios de Inclusión:

1. IC por Cefalea desde APS y UEA del servicio de salud Valparaíso San Antonio entre Abril y julio del 2007, enviadas a Neurología del Hospital Carlos Van Buren ingresadas a Gestión Global del H.C.V.B
2. Edad entre **15 a 45 años**

Criterios de exclusión:

1. **Enfermedad Neurológica primaria previa:** AVE, Tumores del Sistema Nervioso central, Hidrocefalia, Esclerosis múltiple.
 2. Retardo mental.
 3. Demencia de cualquier etiología.
 4. Psicosis mayores.
- Pacientes obtenidos en relación con este universo fueron de: 46

MATERIAL Y MÉTODO

- Indicador Pertinencia esta definido por (N° de I.C Pert. derivadas de APS a la especialidad/ N° total I.C APS vistas por la especialidad)*100
- Indicador de concordancia por

$$k = \frac{\sum \left(\frac{X_{ii}}{n} \right) \sum \left(\frac{X_{i1}}{n} \right) \left(\frac{X_{i1}}{n} \right)}{1 - \sum \left(\frac{X_{i1}}{n} \right) \left(\frac{X_{i1}}{n} \right)} = \frac{n \sum X_{ii} - X_{i1} X_{i1}}{n^2 - \sum X_{i1} X_{i1}} \quad [2]$$

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 - 0.40	Débil
0.41 - 0.60	Moderada
0.61 - 0.80	Buena
0.81 - 1.00	Muy buena

Medidas de concordancia: el índice de Kappa: Autores: López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario- Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España) Cad Aten Primaria 1999; 6: 169-171.

MATERIAL Y MÉTODO

- Médico priorizador
- Evaluación de todos los pacientes pertinentes o no
- IC: contraseña de” pertinente”
- Verdadera priorización al reverso
- Evaluados en el poli de cefalea

Resultados

Pertinencia	N° IC censadas	%
No pertinentes	22	47,83
Pertinentes	24	52,17
Totales	46	100

PERIODO DESDE ENERO A JUNIO 2007:

DE UN TOTAL DE 744 I.C. A NEUROLOGIA: MAS DEL 50% SON DE CEFALEA.

PERTINENTES A NEUROLOGIA (TODAS LAS PATOLOGIAS NRL):615(82%)

NO PERTINENTES A NEUROLOGIA (TODAS LAS PATOLOGIAS NRL):132(17%)(LA MAYORIA POR CEFALEA)

TABLA 3.: CONCORDANCIA DIAGNOSTICA MEDICO APS Y CEFALEATRA

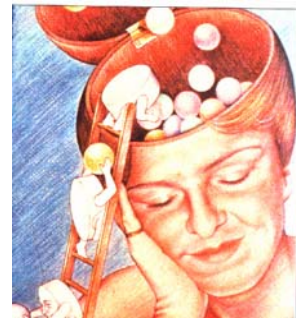
Tabla 2. Datos de concordancia en la hipótesis diagnóstica de Cefalea, la tabla muestra los cuadros mas frecuentes derivados de un total de 46 sin considerar pertinencia.

Medico APS Hipotesis Diagnostica "Obs"	Neurólogo Especialista en cefalea						Totales
	Cefalea Tensional	Migraña sin aura	Migraña con aura	Mixta Tensional Ergotamínicos	Mixta Migraña+ Ergotamínicos	Tensional Refractaria Analgésicos	
Cefalea Tensional	10	0	0	0	0	0	10
Migraña sin aura	7	2	1	0	1	0	11
Migraña con aura	2	0	5	0	0	0	7
Mixta(Tensional+Ergotamínicos)	0	0	0	1	0	0	1
Mixta.(Migraña+Ergotamínicos)	0	0	0	3	0	0	3
Tensional Refractaria a Analgésicos	0	0	0	0	1	3	4
TOTAL	19	2	6	4	2	3	36

$$k = \frac{\sum \left(\frac{X_{ii}}{n} \right) \sum \left(\frac{X_{i1}}{n} \right) \left(\frac{X_{1i}}{n} \right)}{1 - \sum \left(\frac{X_{i1}}{n} \right) \left(\frac{X_{1i}}{n} \right)} = \frac{n \sum X_{ii} - X_{i1} X_{1i}}{n^2 - \sum X_{i1} X_{1i}} \quad [2] \quad \mathbf{0,47}$$

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 - 0.40	Débil
0.41 - 0.60	Moderada
0.61 - 0.80	Buena
0.81 - 1.00	Muy buena

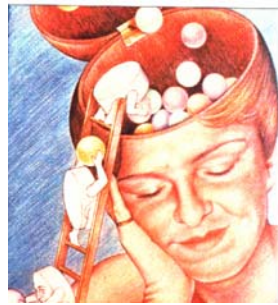
Discusión



- **Cefalea diagnóstico prevalente:** desafío disminuir la sobrederivación
- Diseño de estrategias: Priorización de IC
- Poco Dg de cefalea tensional del parte del médico no especialista en relación al neurólogo
- Concordancia moderada, conceptos probables:
 1. Falta experiencia del médico APS y no neurólogo UEA
 2. Presión del paciente y temor
 3. APS sobrediagnóstico de cefaleas complejas con tal de lograr la evaluación por el Neurólogo



Discusión



- Asociación a trastornos del ánimo:
 - 60% de las cefaleas tensionales se asociaban a trastornos depresivos
 - casi el 100% sexo femenino
- Sobreuso de medicamentos ergotamínicos, automedicación
- Contexto medico legal
- Como mejorar la calidad IC
 - Comunicación entre médicos de los distintos niveles
 - Talleres de Cefalea
 - Estadías de médicos de APS en el HCVB
 - Apoyo a través de consultorias





GRACIAS...