



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía General

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE CEFALEA, DEL
PERSONAL MÉDICO DE CUATRO CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES
A TRES DISTRITOS DE MANAGUA, MARZO 2021.**

Autoras:

Bra. Brenda Carolina Contreras López

Bra. Saduara Hissell Duarte Cantarero

Egresadas de la Facultad de Ciencias Médicas-UNAN-Managua

Tutor clínico: Dra. María José Machado Castillo

Docente de la Sección de Semiología

Facultad de Ciencias Médicas-UNAN-Managua

10 de mayo 2023

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a Dios por regalarme el maravilloso don de vivir y permitirme haber llegado hasta este momento de mi formación, a mi madre por su amor incondicional, sus consejos y ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, a mi hermana que siempre me motivo en los momentos difíciles.

Brenda C. Contreras López

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios por haberme concedido la vida, a mis padres Santos Duarte y Concepción Cantarero que me han guiado por el buen camino, me han brindado su amor, su apoyo incondicional en todo momento para cumplir mis metas, a mi hermano que me acompaña durante estos años e incentivo a seguir a delante.

Sadwara H. Duarte Cantarero

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por ser la luz que nos guía en todo el camino de nuestra vida, por darnos la fortaleza y sabiduría a cada paso.

A nuestros padres y seres queridos por confiar en nosotras, por brindándonos su ayuda de manera económica y moral en toda nuestra trayectoria para lograr nuestros objetivos.

Queremos agradecer a nuestra tutora Dra. María José Machado por su tiempo, ideas y sugerencias que al final se ven plasmado en este trabajo monográfico

Agradecemos a los maestros que a través de ellos nos ayudaron a formar nuestro aprendizaje a lo largo de la carrera

Al personal médico de los centros de salud por formar parte de esta investigación y brindar su información.

Mayo 09 de 2023.

Lic. Yadira Medrano.

Coordinadora de Trabajos monográficos de Grado y Posgrado

UNAN-Managua.

Estimada Maestra Medrano.

Sirva la presente para infórmale que el trabajo monográfico como modalidad de promoción al título de Doctor en Medicina y Cirugía General realizado por la Bra. Brenda Carolina Contreras López y la Bra. Saduara Hissell Duarte Cantarero con el título de:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE CEFALEA, DEL PERSONAL MÉDICO DE CUATRO CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES A TRES DISTRITOS DE MANAGUA, MARZO 2021".

lo encuentro conforme y apto para proceder a la defensa del mismo y ser sometido a evaluación por los miembros del jurado, que usted tenga a bien asignar.

Sin más que agregar, se despide

Atentamente

Dra. María José Machado Castillo
Docente Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-Managua

Resumen

La cefalea es un síntoma que se refiere al dolor localizado en la bóveda craneana de características e intensidad variable dependiendo de la causa que lo origine. Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea en los adultos es de aproximadamente 50%. En Nicaragua la cefalea es una de las principales causas de consulta al médico general de atención primaria, médicos internistas y neurólogos, por lo que su correcta caracterización mediante una historia clínica precisa es esencial para el adecuado diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud, pertenecientes a tres distritos de Managua, marzo 2021.

Métodos: se realizó un estudio CAP (Conocimiento, Actitudes y Prácticas), según el método de estudio es descriptivo, de corte transversal con un total de 54 médicos pertenecientes a cuatro centros de salud en Managua marzo 2021, siendo efectiva la participación de 53 médicos de los cuales cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, los datos se obtuvieron a través de una encuesta.

Resultados: el conocimiento se dividió en tres contenidos: el primero fue de preguntas generales básicas sobre cefalea, en el que, el encuestado respondería verdadero, falso o bien no sé, como se puede observar en (anexo Tabla-2), el promedio de desconocimiento en porcentaje es del 18.68%, siendo el ítem nº 2, con la pregunta si “ la cefalea se agrava por un consumo excesivo de analgésicos”, el 56,60% (30) desconoce esta información, lo que hace que en la clínica se prescriban analgésicos, sin tener claro lo que estos fármacos causan en los pacientes, otra de las preguntas para una anamnesis adecuada, es la del ítem nº 9, donde se plantea que “El fondo de ojo se debe realizar siempre en cualquier consulta de cefalea”, el 24.53%, desconoce la importancia en la práctica clínica la exploración de fondo de ojo. Sin embargo, un elevado porcentaje, el 81.32% (43), tiene conocimientos básicos sobre cefalea. Si se hace la relación entre los resultados sobre el conocimiento básico y sobre la clasificación, donde se obtuvieron porcentajes promedio de conocimiento básico del 81.32% (43) y del 46.81% conocimientos sobre la clasificación de la cefalea. Se contradicen con la terapia, que alcanzo porcentaje promedio de desconocimiento del 90.56 %, entre respuestas incorrectas y abstenciones. Estos resultados indican que el conocimiento sobre la clínica de la cefalea primaria, en los centros de salud en estudio no es de dominio pertinente para poder dar un diagnóstico terapéutico.

Conclusiones: La evaluación del conocimiento básico sobre diagnóstico, clasificación y terapia sobre cefalea, evidencio que solamente el 26.4% (14) alcanzaron la suficiencia. La evaluación de la actitud de los médicos en la clínica de la cefalea, el 56.6% evidencio una actitud favorable, sin embargo, se utiliza poco o nada la clasificación ICHD-III y los formatos de historia clínica del MINSA, para el abordaje de la cefalea.

Abreviaturas utilizadas

AEEC: Asociación Estadounidense para el Estudio de la Cefalea

SEN: Sociedad española de neurología

SANCE: Grupo de estudio de cefaleas de la sociedad andaluza de neurología

GBD: Carga mundial de enfermedades

MRI: Imagen resonancia magnética

TC: Tomografía computarizada

ICHD: Sociedad Internacional de Cefalea

ICHD-III: Tercera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas

SNC: Sistema Nervioso Central

SP: Sustancia P

NKA: Neurokinina A

CGPR: Péptido relacionado con el gen de la calcitonina

ME: Migraña episódica

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

MC: Migraña crónica

MOH: Minister of health (Ministerio de salud)

ANN: American Neurológica Association (Sociedad Americana de Neurología)

AMF: American Migraine Foundation

CT: Cefalea tensional

CR: Cefalea en racimos

HERCG: Hospital Escuela Roberto Calderon Gutierrez

INDICE:

CAPITULO I GENERALIDADES	8
Introducción	8
Antecedentes	10
Justificación	15
Planteamiento del problema.....	17
Objetivos.....	19
Marco teórico	20
CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO	42
Tipo de estudio.....	42
Área de estudio	42
Universo	42
Muestra	42
Criterios de selección.....	42
Lista de Variables	43
Matriz de operacionalización de variable	44
Procesamiento y recolección de la información	48
Plan de tabulación y análisis estadístico	51
Aspectos éticos	51
CAPITULO III DESARROLLO	52
Resultados	52
Análisis de los resultados.....	53
Conclusiones	61
Recomendaciones	62
CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA	63
Bibliografía	63
CAPITULO V ANEXO	66
Ficha de recolección de la información	66
Tablas:.....	71
Figuras:	79

CAPITULO I GENERALIDADES

Introducción

Según la (ICHD-III, 2013) hay más de 300 tipos de cefalea. Es un síntoma que se refiere a dolor que semánticamente, debería englobar a todos los dolores localizados en la cabeza pero que en la práctica se restringe a molestias originadas en la bóveda craneana, de características e intensidad variable dependiendo de la causa que lo origine.

Según la (OMS, 2016) se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez al año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.

En Nicaragua la cefalea es una de las principales causas de consulta al médico general de atención primaria, médicos internistas y neurólogos, por lo que su correcta caracterización mediante una historia clínica precisa es esencial para el adecuado diagnóstico y tratamiento.

La cefalea puede ser clasificada como primaria o secundaria. La cefalea primaria es aquella en la que no se encuentra una causa subyacente; mientras que la cefalea secundaria es debida a una afección original.

Dentro de los factores desencadenantes se encuentran: el estrés, la depresión, la ansiedad, cambios hormonales (menstruación y menopausia), traumatismo de cabeza o cuello, ciertos alimentos (alcohol, derivados de la leche, cítricos, chocolate, café, dulces),

omisión de tiempos de comida, viajes largos, dormir poco o demasiado, luces intensas, ruidos y olores fuertes, ejercicio intenso y exceso de calor.

En la práctica médica en la consulta externa de los hospitales nacionales, la cefalea es una de las principales causas de interconsulta en el servicio de neurología y va disminuyendo su frecuencia en medicina interna y medicina general. El manejo de los pacientes con cefaleas no es patrimonio de los neurólogos y muchas de las cefaleas por su etiología, podrían ser abordadas por un médico general, aunque existen otras muy pocas, pero potencialmente graves las cuales requieren investigación adicional a la anamnesis y la exploración física para que puedan ser remitidas a un nivel especializado.

La polifarmacia es la forma más habitual del tratamiento que muchas veces lleva a un consumo excesivo de analgésicos que empeoran la cefalea por un efecto rebote es por esta razón, que es importante que todo médico sin distinción de actividad posea un conocimiento básico y un entendimiento suficiente acerca de las cefaleas para poder manejar estas situaciones adecuadamente.

El manejo de la cefalea y su clasificación, partiendo de las más prevalentes, requieren del conocimiento del médico para su abordaje, es de importancia conocer el paso a paso para evitar la prescripción de medicamentos pocos asertivos para llegar a curar o mejorar la condición del paciente que sufre de estas alteraciones. Lo antes planteado motiva a realizar esta investigación, iniciando por realizar un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los médicos generales y de medicina interna, en la atención primaria de los centros de salud, de tres distritos de Managua y contribuir en las necesidades que se identifiquen con este estudio como por ejemplo capacitaciones continuas al respecto, simposios y porque no congresos de neurología.

Antecedentes

Internacionales

En un estudio realizado en la India, (Narendhar & Vinoth, 2019) elaboraron un cuestionario bien diseñado para evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica, hacia el tratamiento y la prevención de la migraña y fue aplicado a 300 alumnos de segundo, tercer y último año de la carrera de medicina del Colegio Médico Saveetha, el autor obtuvo como resultado que todos y cada uno de los estudiantes (100%) conocían la definición de migraña y el hecho de que las mujeres son las más comúnmente afectadas, así mismo le sorprendió el hecho de que el 96,33% sabía que la migraña es causada por alteración vascular y función cerebral anómala. De igual manera encontró que el 36,6% conocían los factores predisponentes que influyen en la migraña, a su vez, conocían los nombres de diferentes fármacos utilizados en las terapias para la migraña y que el 83,3% de los episodios migrañosos tienden a disminuir, adoptando estilos de vida saludables y disminuyendo la ingesta descontrolada de medicamentos. En el caso del conocimiento de la profilaxis del avance de migraña solamente el 50% respondió que dominaba el tema. (p.481)

En otro estudio titulado “Evaluación del conocimiento, la actitud y la práctica hacia la prevención y el tratamiento de la migraña entre la población general de Arabia Saudita” aplicaron un cuestionario a seiscientas personas que fueron entrevistadas en diferentes centros comerciales. Los autores describieron que todos los encuestados conocían la definición de migraña, pero solo el 47,8% sabía que las mujeres son las más propensas a padecer migraña, en comparación con los hombres. Además, encontraron que el 38,8% de la población en estudio tenían conocimientos adecuados sobre los factores desencadenantes de la migraña, como son los factores hereditarios, dietéticos y ambientales. El nivel de

conocimiento fue insuficiente entre el 56,8% de los participantes y suficiente entre el 43,2%. Por otro lado, los investigadores reportaron que la actitud y la práctica de la mayoría de los participantes fue negativa respecto a la consulta con un médico, ya que prefieren preguntar al farmacéutico. Por otro lado, más de la mitad de los encuestados manifestaron que no cambiarían su estilo de vida para prevenir la migraña. (Alkudhairi et al., 2018)

En España, Ferragut (2016) investigó sobre la “Eficacia del tratamiento de la cefalea tensional mediante técnicas neuro dinámicas y de tejido blando”, en 97 pacientes con cefalea tensional (CT) episódica y/o crónica, los cuales clasificó de forma aleatoria en cuatro grupos: donde el grupo A (24; recibió la técnica de masaje superficial placebo); el grupo B (23; recibió técnicas de tejido blando); el grupo C (25; recibió técnicas neuro dinámicas); y el grupo D (25; recibió un protocolo que combinaba las dos anteriores). En el estudio el autor describió que los tratamientos que combinan técnicas neuro dinámicas y de tejido blando son más efectivos en el abordaje de la sintomatología de la CT que los tratamientos empleados de forma aislada, aunque por separado, estas técnicas también ayudan a mejorar la sintomatología de los pacientes con CT y que los profesionales de la salud deben considerar la inclusión de las técnicas neuro dinámicas en el manejo de los pacientes con cefalea tensional, tanto episódica frecuente, como crónica, y su combinación con otras técnicas de fisioterapia manual.

Por otra parte, Moreno, 2016, realizó su investigación en el instituto neurológico de Colombia, donde evaluó a 834 pacientes con diagnóstico de cefalea por sobre abuso de analgésicos, de los cuales el 85.1% padecían migraña crónica. En este estudio la autora evidenció que la mitad de los pacientes tenían como tratamiento farmacológico los analgésicos, los cuales eran ingeridos todos los días de la semana, consumiendo en promedio tres analgésicos por día, entre estos fármacos se encontraban los analgésicos simples (95.2%),

los AINES (92.2%) y los analgésicos combinados (89.2%). El 51% de los pacientes ingerían opioides y sólo el 14.6% ingerían triptanos. Llegando a concluir que hay un abuso en la indicación de fármacos analgésicos para el manejo de los pacientes con cefalea primaria, además sugiere que el 46% de los pacientes son valorados por médicos generales y solo el 14% de éstos llega a ser valorado por un cefaliatra. (Moreno, 2016)

Nacionales

A nivel nacional los temas relacionados a neurología son escasos y orientados a estudios CAP sobre neurología son prácticamente nulos.

Sin embargo, se logró identificar cuatro monografías relacionadas a la neurología; donde Mejía, 2018, enfocó su investigación en “Determinar el comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, enero 2015 – enero 2018”. En este estudio se evidenció que en el abordaje terapéutico de la migraña se utiliza los siguientes fármacos: AINES (acetaminofén), opiáceos (codeína), relajante muscular (metacarbamol) y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), un 21% se manejó con amitriptilina, metacarbamol y ketorolac, esto en la mayoría de los pacientes representados en un 30%. Un 20% no utilizó ningún manejo, dejando un 18% restante que utilizó imipramina, ketorolac y acetaminofén. El autor evidenció que la mayoría de la población en estudio no recibía un abordaje profiláctico para la migraña, por lo que solo una pequeña parte de los pacientes se encuentra con un manejo adecuado, llegando a concluir que las visitas a urgencias por crisis migrañosas pueden disminuir con un apropiado manejo profiláctico desde el hogar. (Mejía, 2018)

Por otro lado en otro estudio se enfocó en el costo-efectividad del uso de la Tomografía Computarizada (TC) en la evaluación diagnóstica de la cefalea en 250 paciente atendidos en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, donde evidencia que

el 70.1% (206) de los pacientes a los cuales les realizaron TAC se reportó normal (sin hallazgos), y el 29.9% (88) se reportaron con hallazgos, no obstante solo el 6.8% eran de relevancia clínica como posible causa de cefalea de ubicación intracraneal. Cabe destacar que de los 88 casos en los cuales se reportaron hallazgos los más frecuentes fueron alteraciones extracraneales, y la más frecuente fue la cefalea por sinusitis aguda. En menor frecuencia se detectaron hallazgos intracraneales, siendo la atrofia cerebral y/o cerebelosa en menor frecuencia la cisticercosis. Llegando a concluir que un detallado examen físico, una adecuada evaluación clínica hubiesen sido suficiente en estos casos para detectar sinusitis y por ende no hubiese sido necesaria la indicación de la TAC. (p.32)

En otro estudio (Castro, 2016) reporta los hallazgos encontrados de las tomografías craneales que le realizaron a 90 niños que aquejaban cefalea como síntoma principal, en el cual evidenció que las tomografías no estuvieron adecuadamente indicadas en un 66.7% de los casos, con más de la mitad con resultaron normales y sólo el 31,1% (28) reportaron alteraciones patológicas, de las patologías que encontraron estaban las tumoraciones (Meduloblastoma, ependimoma) en un 10,7% (3), también encontraron hidrocefalia en un 3,6% (1), así mismo la sinusitis predominó en un 53,6%(15) de los casos , seguido por los quistes de retención mucoso maxilar con un 14,3% (4). De igual manera, observaron quistes aracnoideos en 7.1% (2), granulomas en un 7.1% (2), mastoiditis en un 3.6% (1), y neurocisticercosis con un 3.6% (1). La mayoría de las sinusitis fueron: de senos maxilares esfenoidales y etmoidales y 3 casos de pansinusitis.

En esta misma línea, se realizó una investigación en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca (HEALF), en el 2018, donde se evidencian los hallazgos encontrados en las TAC craneales realizadas a 294 pacientes con cefalea, de los cuales el 70.1% (206) de las TAC realizadas reportaron normalidad y el 29.9% (88) tenían hallazgos patológicos. Los que

según su naturaleza fueron benignos en un 96.6% (85) y malignas en un 3.4% (3). Las localizaciones de los hallazgos más frecuente fueron a nivel extracraneal, a nivel de los SNP (senos paranasales) con el 47.7% (42), seguido por los hallazgos intracerebrales difusos, que corresponden al 27.3% (24). De los 29.9% de informes radiológicos que reportaron hallazgos los que presentaron relevancia clínica relacionados a probable causa de cefalea fueron el 20.4% (60), siendo la localización más frecuente a nivel extracraneal, correspondiente al 13.6% (40), y a nivel intracraneal el 6.8% (20). (p.79) (Duarte, 2018)

Justificación

La cefalea es un problema a nivel mundial, en Nicaragua se enfrenta a un problema mayor porque no se contempla un protocolo nacional sobre el abordaje de la cefalea, las capacitaciones de actualización para el personal médico en estos últimos cuatro años se han iniciado por parte del personal del HERCG, pero se requieren estrategias educativas que permitan diseminar los conocimientos necesarios al manejo de las cefaleas hay otras enfermedades neurológicas. Brindar diagnósticos acertados y tratar adecuadamente las cefaleas en la atención primaria de los centros de salud disminuiría significativamente interconsultas hospitalarias, que saturan el servicio de neurología en el centro de referencia HERCG. Es necesario que el médico mediante su formación académica adquiriera criterios clínicos actuales establecidos para el correcto reconocimiento y diagnóstico de los diferentes tipos de cefaleas, con el fin de garantizarle al paciente una buena atención y reducir costos al sistema de salud, por los excesos de TAC indicadas degenerando el uso de este servicio.

Lo antes expuesto define la necesidad de contribuir en ser parte de la solución de este problema que afecta la gestión hospitalaria, por la saturación dentro de la consulta externa en neurología o emergencia, y desviando la atención que requiere del paciente que realmente necesita del servicio hospitalario especializado.

Al disminuir la saturación de las consultas externas o de emergencia, se disminuirían los costos económicos, tanto para el paciente, como para el sistema de salud y principalmente, brindaría un servicio de calidad, un seguimiento dirigido y personalizado al paciente que requiere de la atención de tercer nivel.

Este trabajo monográfico se pretende realizar un estudio CAP en cuatro centros de salud de tres distritos de Managua, lo que permitiría la información sobre el abordaje de la cefalea en estos centros de atención primaria, trabajando con médicos generales e internistas.

Ser partícipes de la contribución de los conocimientos a estudiantes de medicina en formación en el internado o servicio social serían parte de la solución de este tipo de problemática, ya que actualmente la universidad cuenta con un pensum cargado sin una materia específica de neurología en el programa académico en donde las competencias relacionadas con este tema sean más dirigidas, con la necesidad de montar las bases para especialidades neurológicas en el futuro.

También se espera motivar a la realización de futuras investigaciones que profundicen en temas neurológicos, o bien promover capacitaciones sobre el tema de cefalea o de otro tipo de manejo neurológico necesarios tanto en pediatría como en salud de adultos.

En Nicaragua se han realizado un sin número de estudios CAP sobre diferentes patologías médicas, pero sobre cefalea, epilepsia, enfermedades neurodegenerativas entre otras, no fue posible identificar una publicación al respecto. Lo que motiva a desarrollar este trabajo monográfico.

Planteamiento del problema

Caracterización del problema

El principal problema dentro del manejo de la cefalea es que se carece de una buena clasificación de esta, para ser más asertivos con el tratamiento, por lo común la cefalea se percibe como única, sin tomar en cuenta su origen y se trata de la misma forma, con analgésicos o drogas fuertes inadecuadas por su consumo prolongado, lo que tiende a complicar o agravar la situación del paciente. Según datos epidemiológicos la migraña es la sexta causa de discapacidad en el mundo. En nuestro país aún no se cuenta con estudios epidemiológicos sobre cefalea y el tratamiento mal dirigido y las consecuencias de estos en el paciente.

Otra de las problemáticas es que se deriva al paciente de los centros de salud a las áreas especializadas hospitalarias, generando saturación de los pacientes en estas unidades de salud, exponiéndoles a largos tiempos de espera, o bien citas hasta de 4 meses, aumentando el riesgo en los pacientes, con tratamientos por largos meses sin el control médico, esto sin mencionar la automedicación que culturalmente se practica en Nicaragua.

Delimitación del problema

Conocer cómo se está abordando las cefaleas en los centros de salud, que tanto se hace uso de la Clasificación de las Cefaleas (ICHD-III), cual es el tratamiento que se le aplica al paciente, si se hace un diagnóstico y principalmente, cuanto se conoce del tema, que actitud y practica se hace frente a estos casos. Con esto en mente se considera adecuado realizar un estudio de Conocimiento, actitud y práctica, en cuatro de los centros de salud, del distrito tres de Managua.

Frente a la caracterización y delimitación del problema antes planteado se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua, marzo 2021?

Preguntas de sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociolaborales del personal médico que trabajan en los centros de salud en estudio?
2. ¿Cuáles son los conocimientos sobre cefalea, del personal médico que trabajan en los centros de salud que pertenecen a los tres distritos en estudio?
3. ¿Qué actitudes tienen sobre cefalea, el personal médico que trabajan en los centros de salud que pertenecen a los tres distritos en estudio?
4. ¿Cuál es la práctica clínica sobre el abordaje de la cefalea, que tiene el personal médico que laboran en los centros de salud en estudio?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los conocimientos, actitudes y practicas sobre la cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud, pertenecientes a tres distritos de Managua, marzo 2021.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociolaborales del personal médico que trabajan en los centros de salud en estudio.
2. Identificar los conocimientos sobre cefalea del personal médico que trabajan en los centros de salud mencionados.
3. Valorar las actitudes sobre cefalea, del personal médico que trabajan en los centros de salud.
4. Conocer la práctica clínica sobre el abordaje de la cefalea, del personal médico que laboran en los centros de salud en estudio.

Marco teórico

Definición de Cefalea

“Las cefaleas (dolores de cabeza) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes” OMS (2016).

Por otra parte, Finkel define cefalea cómo un “síndrome de dolor de cabeza con síntomas y / o signos asociados cuya ocurrencia histórica o fenomenología ocurre en ausencia de patología craneal o sistémica”(Finkel, 1940)

En cuanto a la Sociedad Andaluza de Neurología-2019, define como cefalea a un grupo muy amplio y heterogéneo de entidades clínicas, que representan un importante problema de salud. (OMS, 2015)

Epidemiología de la Cefalea

A nivel mundial los estudios de prevalencia son escasos e incluso inexistentes en algunos países de Latinoamérica, como en Nicaragua, sin embargo, se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea en los adultos es de aproximadamente 50%.

A pesar de que la cefalea tiene una naturaleza generalizada y discapacitante, su alcance y magnitud están subestimados a nivel mundial, como consecuencia los trastornos por cefalea continúan sin recibir la valoración y el tratamiento que requieren.(OMS, 2011a)

La epidemiología mundial de los trastornos por cefalea solo está parcialmente documentada, por tal razón, únicamente sólo se encontraron registros epidemiológicos del 2011, los cuales documentan que más del 10% de la población mundial tiene migraña y entre el 1,7% y el 4% de la población adulta padece cefalea durante 15 o más días al mes. La muestra las prevalencias medias de 1 año (%) en adultos de 18 a 65 años de todas las cefaleas,

migrañas, cefaleas tensionales y cefaleas por uso excesivo de medicación según estudios poblacionales por región tal como se muestra en la Tabla 1. (OMS, 2011b)

Tabla 1:

Distribución epidemiológica de la cefalea a nivel mundial.

Tipo de Cefalea	África %	América s %	Oriental Mediterr áneo %	Europ a %	Sureste Asia %	Pacífic o oeste %
Todo dolor de cabeza	21.6 (n = 2)	46.5 (n = 1)	78.8 (n = 2)	56.1 (n = 8)	63.9 (n = 1)	52.8 (n = 4)
Migraña	4.0 (n = 2)	10.6 (n = 1)	6.8 (n = 2)	14.9 (n = 9)	10.9 (n = 1)	10.4 (n = 6)
Tipo de tensión dolor de cabeza	nr*	32.6 (n = 1)	nr*	80 * (n = 2)	34.8 (n = 1)	19.7 (n = 3)
Uso excesivo de fármacos dolor de cabeza (MOH)	nr*	nr*	nr*	1.0 (n = 3)	1.2 (n = 1)	nr*
Dolor de cabeza en ≥ 15 días / 1,7 mes (incluido MOH)	(n = 2)	4.0 (n = 1)	nr*	3.3 (n = 3)	1.7 (n = 1)	2.1 (n = 3)

Nota. n = número de estudios en la región OMS que contribuyen a la media informada; nr = no reportado. esto es indicativo de falta de estudios relevantes más que de ausencia del trastorno. (OMS, 2011b)

La discrepancia entre el 80% para la cefalea tensional y el 56,1% para todas las cefaleas surge porque se trata de medias de estimaciones de diferentes estudios. los que se centraron en el primero generalmente hicieron un mayor esfuerzo para incluir el dolor de cabeza de tipo tensional infrecuente (que por definición ocurre menos de una vez al mes), que comúnmente no se informa; aquellos que consideren todo dolor de cabeza podrían pasar por alto esto. Esta tabla fue tomada del atlas de trastornos de dolor de cabeza y recursos en el mundo 2011 de la OMS.

Fisiopatología de las cefaleas primarias

Su fisiopatología esta mediada por dos vías. La primera, que es la respuesta fisiológica normal se genera por la activación de los nociceptores en respuesta a una lesión tisular, distensión visceral y otros factores. La segunda, por el contrario, se producen cuando existen un daño o un funcionamiento erróneo en las vías del dolor relacionadas con el sistema nervioso central o periférico.

Dentro de las estructuras intracraneales involucradas en los procesos de la cefalea se encuentran: los senos venosos las arterias meníngeas, la duramadre, los nervios trigéminos, glossofaríngea y vago, porciones proximales de la carótida interna, el tronco encefálico, la materia gris periacueductal y los núcleos sensoriales del tálamo. Las estructuras extracraneales relacionadas con las cefaleas son: el periostio craneal, la piel, el tejido celular subcutáneo, las arterias, los músculos del cuello, el segundo y tercer nervios cervicales (c2 y c3), los ojos, las orejas, los dientes, los senos para nasales, entre otros.

Las cefaleas aparecen como resultado de diferentes mecanismos que alteran las estructuras encefálicas que son sensibles al dolor. La fisiopatología y los mecanismos de las cefaleas primarias como la migraña, cefalea tensional, cefalea trigémino autonómica y otras cefaleas primarias, se describen brevemente a continuación.

Clasificación de las cefaleas

La primera clasificación de la cefalea según los síntomas se agrupó en cuatro tipos: migraña, cefalea de tipo tensional, cefalea en salvas y cefaleas misceláneas; estas se denominaron como cefaleas primarias, y las que no cayeron en estos grupos se consideraron cefaleas secundarias por diferentes situaciones patológicas. Hoy en día se ha visto que existen más de 300 cefaleas, sin embargo, no difieren mucho de las antes descritas.

La clasificación que se usa actualmente pertenece a la Sociedad Internacional de Cefaleas (*International Headache Society*) la cual, fue elaborada en 1983. En 1985 se creó un Comité de Clasificación conformado por más de cien expertos de diferentes nacionalidades que después de tres años de intenso trabajo publicaron un extenso documento sobre el tema, en 1988. El documento, titulado Clasificación de las Cefaleas (CC), neuralgias craneanas y dolor facial, es utilizado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ha sido soportado por la Federación Mundial de Neurología, por grupos de investigadores en migraña y por la Asociación Estadounidense para el Estudio de la Cefalea (AEEC). Dicho texto es, sin duda, el instrumento que más se utiliza en la actualidad. (Sánchez, 2004) Ver Tabla 2

Tabla 2.

Clasificación de las Cefaleas ICHD-III edición Beta

Cefaleas Primarias

- Migraña
- Cefalea tensional
- Cefaleas trigémino-autonómicas
- Otras cefaleas primarias

Cefaleas secundarias

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal y/o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
- Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
- Cefalea atribuida a infección
- Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
- Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas

Nota: ICHD-III Clasificación internacional de las cefaleas tercera edición **beta***

Es de interés en esta investigación las cefaleas primarias dado que es la parte principal de los conocimientos básicos para un buen abordaje de las cefaleas en la atención primaria, para esto es importante que el médico general, que habitualmente están presente en los centros de salud de los barrios y comunidades, domine completamente para un buen abordaje. En los centros de salud de más alcance se encuentran médicos internistas, que tienden abordar estos temas, en algunos casos sin tener claro una buena clasificación del paciente y se remite directamente al paciente a las unidades hospitalarias, sin verificar bien el caso. Por esta razón se fundamenta cada una de las cefaleas primarias según los criterios de la ICHD-III.

Cefaleas primarias:

Las cefaleas primarias son aquellas en las que no existe una causa estructural o metabólica que explique la sintomatología. Los médicos de atención primaria tanto médicos generales como médicos internistas que valora a un paciente con dolor de cabeza debe saber que más del 90% de estos pacientes padecerán de una cefalea primaria. El diagnóstico de las cefaleas primarias es completamente clínico se realiza con una correcta historia clínica y un examen físico de esta manera se confirman que se cumplen los criterios diagnósticos acorde a la clasificación internacional de la cefalea. Si una cefalea no cumple claramente con los criterios definidos para las cefaleas primarias se debe descartar otra causa realizando estudios complementarios en aquellas cefaleas que se acompañan de síntomas de alarma debido a la alta posibilidad de encontrarse con una cefalea secundaria, de esta manera podrá remitir al paciente a otro nivel asistencial en la consulta de Neurología.(Aguirre et al., 2015)

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos de las cefaleas primarias más frecuentes siguiendo la clasificación internacional de la cefalea 2013 así como sus características y el tratamiento de cada una de ellas.

Migraña:

Es un trastorno neurovascular con alteración del procesamiento neuronal central (donde se activan los núcleos del tronco encefálico, hay hiperexcitabilidad cortical y propagación de la depresión cortical) afectando el sistema trigeminovascular que desencadena la liberación de neuropéptidos como CGPR*, SP*, NKA* que ocasionan una inflamación dolorosa en los vasos meníngeos.

La migraña es una cefalea incapacitante afecta a 15% de mujeres y al 6% de los hombres en un periodo de un año. Es un dolor asociado a sensibilidad a la luz, al sonido, o al movimiento a menudo puede acompañarse de náuseas y vómitos. A continuación, se muestra su clasificación migraña con aura, migraña sin aura y migraña crónica. Los criterios para migraña se muestran en la Tabla 3, 4 y 5.

Tabla 3.

Criterios de la Migraña sin aura

Criterios de Migraña	Características y síntomas	Tratamiento
<i>Migraña sin Aura</i>		
a) Al menos 5 crisis que cumplan los criterios b-d	Debe cumplir los criterios “b” y “d” de la Migraña sin aura	1. Analgésicos AINES 2. Antieméticos 3. Tripanes 4. Analgésicos simples
b). Episodios de cefaleas entre 4 y 72 horas de duración	Migrañas sin aura no tratadas o tratadas sin éxito	Fármacos Preventivos:
c). La cefalea presenta al menos 2 de las siguientes características:	1. Localización unilateral 2. Carácter pulsátil. 3. Dolor de intensidad moderada-severa. 4. Empeora o condiciona el abandono de la actividad física habitual	1. Propanolol. 2. Flunarizina. 3. Topiramato. 4. Ácido valproico

- d). Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea
1. Náuseas y/o vómitos
 2. Fotofobia y fonofobia
- e). Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

Nota. Tabla adaptada de la ICHD-III y la Guía oficial de cefaleas 2019.

Tabla 4.

Criterios de la Migraña con aura

Criterios	Características o síntomas	Tratamientos
<i>Migraña con Aura</i>		
a). Al menos 2 crisis que cumplan	Debe cumplir con los criterios “b” y “c”	
b). Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visuales 2. Sensitivos 3. Del habla o del lenguaje 4. Motores 5. Troncoencefálicos Retinianos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. AINES 2. Triptanes 3. Dihidroergotaminas 4. Opioides 5. Antieméticos 6. Analgésicos simples
c). Al menos dos de las siguientes 4 características: Al menos uno de los síntomas del aura es unilateral.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas del aura durante un periodo ≥ 5 minutos, y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente. 2. Cada síntoma del aura tiene una duración de entre 5-60 minutos. 3. El aura se acompaña o se sigue antes de 60 minutos de cefalea 	<p>Fármacos Preventivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flunarizina. 2. Topiramato. 3. Ácido valproíco
d) Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio		

Nota: Tabla adaptada de la ICHD-III y la Guía oficial de cefaleas 2019.

Tabla 5.

Criterios de la Migraña crónica

Criterios	Características o síntomas	Tratamientos
a) Cefalea en ≥ 15 días/mes durante > 3 meses	Similar a la migraña o similar a cefalea tipo de tensión Cumple los criterios “b” y “c”	1. Los AINES y triptanes son la base del tratamiento sintomático.
b). Ocurre en un paciente que ha tenido al menos cinco ataques	Cumplen los criterios “b”-“d” para Migraña sin aura y/o criterios “b” y “d” para Migraña con aura	2. Otros medicamentos de rescate incluyen neurolépticos, AINES y corticoides. Tratamiento preventivo:
c) En ≥ 8 días/mes durante > 3 meses, cumpliendo cualquiera de los siguientes:	1. Criterios “b” y “d” de Migraña sin aura 2. Criterios “b” y “c” de Migraña con aura 3. El paciente “cree que es migraña de inicio” y que la crisis se alivia con un triptán o derivado de ergotamina	1. Topiramato 2. Onabotulinumtoxina A 3. Valproato sódico 4. Levetiracetam 5. Propranolol 6. Amitriptilina 7. Candesartán 8. Pregabalina 9. Zonisamida 10. Flunarizina
d) No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-III		

Nota. Tabla adaptada de la ICHD-III y la Guía oficial de cefaleas 2019.

Cefalea tensional

La CT se genera como resultado de un proceso multifactorial que involucra mecanismos miofasciales periféricos y componentes del SNC, con la interacción de distintos agravantes y desencadenantes ambientales y en menor medida genéticos.

Este tipo de cefalea es la más frecuente de las cefaleas primarias, no se acompaña de náuseas o vómitos. Puede ir acompañado de una mayor sensibilidad a la luz o al sonido, pero no ambos. Puede estar asociado con dolor a la palpación de los músculos pericraneales (cabeza y cuello), particularmente con un mayor número de ataques de cefalea tensional.(AMF, 2016). Ver Tabla 6

Tabla 6:

Criterios de la Cefalea Tensional

Criterio	Características o síntomas	Tratamiento
a). Al menos 10 episodios de cefalea	1. Cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y 2. Cumplen los criterios b-d.	Cefalea tensional leve Tratamiento no farmacológico a. Control de estrés b. Técnicas de relajación
b). Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.		Cefalea tensional moderada: AINES En gestación:
c). Al menos dos de las siguientes cuatro características:	1. Localización bilateral. 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil). 3. Intensidad leve o moderada. 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.	a. Paracetamol b. Técnicas de relajación c. Acupuntura Cefalea tensional episódica frecuente leve: a. Control de estrés b. Técnicas de relajación

d). Ambas características siguientes:	<ol style="list-style-type: none">1. Sin náuseas ni vómitos.2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).	Cefalea tensional episódica frecuente moderada o interferencia en actividades: <ol style="list-style-type: none">a. Analgésicosb. Amitriptilinac. Mirtazapina o nortriptilinad. En caso de gestación no suministrar fármacos
e). Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III		

Nota.: El tratamiento no farmacológico incluye control del estrés, factores desencadenantes y patología comórbida (como insomnio, ansiedad, etc.), fisioterapia multimodal, terapia conductual. Tomado de la guía oficial de cefaleas 2019.

Cefalea trigéminas autonómicas

Tanto mecanismos periféricos como del SNC están implicados en la fisiopatología de esta cefalea. Tres estructuras clave intervienen en la generación de las crisis: el sistema trigeminocervical, el sistema nervioso parasimpático a través del reflejo trigémico autonómico y el hipotálamo. Tras la activación de las mismas, se activan áreas corticales relacionados con la percepción del dolor.

La cefalea en Racimos se distingue clínicamente por la tendencia de los ataques a ocurrir en grupos separados por episodios de remisión. Es infrecuente si se le compara con otras cefaleas primarias, pero la severidad de los ataques obliga a su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. (Violante et al., 2009)

En la siguiente Tabla 7, se describen los criterios para la cefalea en racimos.

Tabla 7.

Criterios de diagnóstico de la cefalea en racimos

Criterios	Características y síntomas	Tratamiento
a) Al menos cinco episodios que	Cumplen los criterios B-D.	Tratamiento tradicional de la cefalea en racimos:
b) Dolor unilateral de intensidad grave o muy grave en región orbitaria, supraorbitaria o temporal,	Con una duración de 15-180 minutos (sin tratamiento).	a. Bolos de metilprednisolona + pauta descendente oral de prednisona b. Bloqueo occipital de anestésico y corticoide depot
c) Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales a la cefalea:	1. Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo. 2. Congestión nasal y/o rinorrea. 3. Edema palpebral. 4. Sudoración frontal y facial. 5. Miosis y/o potosis. -Inquietud o agitación.	Tratamiento de 1ra. línea: a. Veraparamilo 120 mg/12 h, aumento de 120 mg c/d- Dosis máxima: 960 mg/24 h b. Si no hay respuesta: -Topiramato 50 mg c/12h, dosis máxima: 100mg c/12 h ó zonisamida 100 mg c/24 h -Litio 200 mg c/12 h, hasta una dosis de 400 mg c/8h -Si no hay respuesta: *Onabotulinumtoxina A *Neuroestimulación occipital o esfeno palatino
d) Se manifiesta con una frecuencia entre una vez cada dos días y ocho al día.		
e) No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.		

Nota: Tabla adaptada de la ICHD-III y la Guía oficial de cefaleas 2019.

Abordaje general del paciente con cefalea

El abordaje de un paciente con cefalea se dirige en primer lugar a determinar si se trata de un problema urgente, en segundo lugar, hacer una aproximación al diagnóstico de

una cefalea primaria o secundaria y en tercer lugar instaurar el tratamiento adecuado para ello evaluaremos al paciente en la historia clínica, la exploración física, y en caso de ser necesario exámenes complementarios

Historia clínica:

Es la herramienta clave a la hora de valorar a un paciente con cefalea, ya que ayuda a establecer el diagnóstico del tipo de cefalea en función de una serie de criterios clínicos, se puede determinar si el dolor de cabeza es primario o secundario y para obtener esta historia clínica se debe incluir información sobre los siguientes aspectos. (Coulson, 2021).

¿Cuándo inicio la cefalea? ¿tiempo de duración? ¿cuántas crisis ha tenido en el mes?

¿Dónde se localiza el dolor? Como es el dolor: ¿opresivo, pulsátil, lancinante?

¿El episodio de cefalea es similar a los previos?

¿Qué síntomas acompañan a la cefalea? ¿Nauseas vómitos, fotofobia, rinorrea, fiebre?

Factores agravantes: ejercicio físico, tos, posición etc

¿La presentación fue en estallido? (Forma de instauración súbita o gradual)

¿Qué comorbilidades tiene?

¿Qué fármacos utiliza regularmente para a cefalea?

Exploración física:

La exploración física complementa la información de la historia clínica en la evaluación con el paciente con cefalea y es especialmente necesaria en los casos en los que la historia clínica sugiera cefalea secundaria. (<https://atencionprimaria.almirallmed.es/monografias/cefaleas/>)

El examen físico debe incluir lo siguiente:

- Signos vitales: fiebre, presión arterial
- Examen neurológico: nivel de conciencia escala de Glasgow, orientación, memoria y lenguaje
- Signos de irritación meníngea: fiebre, alteración del estado mental, signos de Kenig y Brudzinsky
- Exploración neuro oftalmológica: fondo de ojo para examinar la presencia de edema papilar o hemorragias subhialoideas, tención ocular, campo visual, motilidad ocular y reactividad pupilar
- Macizo cráneo facial: palpación de la articulación temporomandibular, senos paranasales y la palpación de las arterias temporales en paciente >50 años (el engrosamiento, el aumento de sensibilidad o la disminución del pulso orientan a una arteritis de la temporal)

Es importante el abordaje clínico en la cefalea, principalmente en la atención primaria, para hacer las derivaciones oportunas y dirigidas a las áreas hospitalarias de tercer nivel, con especialistas de neurología clínica, que realmente amerite el paciente.

En el área especializada de neurología se abordan las Cefaleas secundarias, pero eso no quiere decir se desconozca la clasificación de las cefaleas secundarias en las unidades de los centros de salud, al contrario, se requiere del dominio sobre estas, para poder derivar de manera objetiva al paciente.

Cefaleas secundarias

En la atención primaria se debe estar alerta ante signos y síntomas de las cefaleas secundarias o procesos orgánicos anormales que ponga en peligro la vida del paciente.

Dentro de la clasificación de la ICHD-III, es extensa la forma como se presenta la cefalea y sus diferentes etiologías, pero en general se agrupan en ocho grandes grupos, como

se presentó anteriormente en la Tabla 3, pág. 19. En esta parte presentaremos los síntomas generales como alarma a la presencia de cefaleas secundarias, las pruebas diagnósticas a realizarse y orientar un poco la definición y las causas que las generan, en caso de querer profundizar en esta ver la referencia (International Headache Society, 2013)

Signos y síntomas de las cefaleas secundarias

Durante la evaluación de un paciente con cefalea se puede detectar una serie de signos y síntomas que funcionan como señales de alarma que advierten de la posible existencia de una enfermedad subyacente grave. Además, detectar esta señal resulta fundamental a la hora de hacer el diagnóstico diferencial y distinguir entre cefaleas primarias y secundarias.

En la Guía Oficial del Grupo de estudio de Cefalea de la Sociedad Andaluza de Neurología-España (SANCE), sugieren como alerta de banderas rojas en un paciente con cefalea los siguientes síntomas y signos: Ver Tabla 8

Tabla 8.

Banderas rojas que harán sospechar una cefalea secundaria

- Edad mayor de 50 años (riesgo de arteritis temporal)

- Hallazgos anormales en el examen neurológico (valorar la posibilidad de un ictus)

- Síntomas neurológicos focales no concordantes con los síntomas típicos de aura

- Síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos y pérdida de peso
- presentes en: (Procesos infecciosos hemorragia subaracnoidea)

- Rápido aumento en la frecuencia de dolor de cabeza

- Empeoramiento ortostático de los síntomas

- Empeoramiento de los síntomas con el esfuerzo

- Cefalea persistente de Novo.
- Presentes en:(Hipertensión o hipotensión de LCR, traumatismo craneoencefálico, disfunción temporomandibular; cefalea por tumores, causas infecciosas o vasculares)

- Dolores de cabeza Thunderclap (cefalea muy intensa que alcanza la intensidad máxima en < 1 min)
- Presentes en: (Hemorragia subaracnoidea y síndrome de vasoconstricción cerebral)

- Cefalea en un paciente con factores de riesgo predisponentes para una cefalea secundaria
- (como cáncer o estado de hipercoagulabilidad)

- Uso excesivo de medicamentos abortivos para el dolor de cabeza.

Nota: Tomado de *Guía oficial de cefaleas*.(SANCE, 2019)

Pruebas diagnósticas en cefalea secundaria

Los estudios complementarios en los pacientes con cefalea son muy variados permiten una mayor certeza diagnóstica en los casos que exista sospecha de cefaleas secundarias, se mencionarán las pruebas bioquímicas y estudios de imagen más frecuentes en el estudio de los pacientes con cefaleas. Ver Tabla 9

Tabla: 9

Exámenes complementarios que ayudan al diagnóstico de cefaleas secundaria

Exámenes	Sospecha
<i>Pruebas bioquímicas</i>	
• VSG	Ante la sospecha de una arteritis de la arteria temporal, procesos neoplásicos, o focos infecciosos.
• BHC	Alteraciones Hematológicas, Descarta infecciones y feocromocitoma
• Catecolaminas	
• TSH T3 T4	Hipotiroidismo, Hipertiroidismo
• Prolactina	Adenoma Hipofisiario
• Punción lumbar	Sospecha de meningitis, meningocelalitis o aracnoiditis leptomenigea
<i>Pruebas de imagen</i>	
Radiografía simple de cráneo y senos paranasales	Descarta sinusitis, mastoiditis, malformaciones óseas de fosa posterior, calcificaciones intracraneales, erosiones o agrandamientos de silla turca. etc.
RM TAC	Enfermedades vasculares, Patología neoplásica, infecciones, lesiones cervicomedulares

Nota: Tabla adaptada de la Guía rápida de cefalea (Heras, 2012)

Causas de las cefaleas secundarias

Las cefaleas secundarias constituyen un grupo extenso dentro de la Clasificación Internacional de Cefaleas, sin embargo, como se mencionó anteriormente, se pueden agrupar en ocho grandes grupos y cada uno de estos se subdividen en una clasificación según la etiología específica del problema. A continuación, se mencionarán las definiciones y causas de manera general, para mayor detalle, revisar (ICHD-III, 2013)

Cefalea atribuida a traumatismo craneal

Se caracterizan por ser cefaleas por lesiones estructurales o funcionales producidas por la acción de fuerzas externas sobre la cabeza, como por ejem., recibir un golpe en la cabeza, golpearse la cabeza con un objeto, penetración de un cuerpo extraño en la cabeza, fuerzas originadas por explosiones y ondas expansivas.

Cefalea atribuida a latigazo cervical

Es una cefalea por movimientos repentinos y no contenidos de aceleración/desaceleración de la cabeza, con flexión/extensión del cuello, por accidente de tránsito.

Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical

Son cefaleas causadas por lesiones en las estructuras vasculares craneales o cervicales por lo general el inicio es brusco (incluso en trueno), con signos neurológicos focales o disminución del nivel de conciencia, como en el caso del ictus isquémico (infarto cerebral) accidente isquémico hemorragia intracraneal, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, mal formación vascular no rotas, angioma cavernoso, arteritis craneal o cervical, vasculitis del sistema nervioso central y trastorno intracraneal arterial.

Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular

En este caso se habla de cefaleas que se producen por cambios en la presión intracraneal, donde la hipertensión del líquido cefalorraquídeo, hipotensión del líquido cefalorraquídeo, enfermedades inflamatorias no infecciosas, neoplasia intracraneal, epilepsia, patologías singulares tales como inyecciones intratecales o malformación de Chiari tipo 1, están involucradas.

Cefalea por administración o supresión de una sustancia

Son cefaleas ocasionada por la administración o supresión de una sustancia que remite de manera espontánea en un período de 72 horas desde su aparición. Causada por generadores de óxido nítrico, inhibidores la fosfodiesterasa, monóxido de carbono, alcohol, cocaína, histamina exógena

Este tipo de cefalea secundaria es causada por la ingesta de un alimento o aditivo alimentario que contenga una o más sustancias específicas, identificadas o no, a las que el paciente sea sensible, en algunos casos es causada por el consumo de glutamato mono sódico, chocolate, algunos quesos, pescados, frutos secos, cítricos alimentos fermentados o procesados.

Uso ocasional de medicamentos contra indicados para cefalea

Cefalea como efecto adverso después de la toma de múltiples fármacos, como: atropina, digital, desulfuran, hidralazina, Imipramina, nicotina, nifedipina y nimodipina.

Cefalea atribuida a hormonas exógenas

Cefaleas que se manifiestan como reacción adversa durante la administración planificada de hormonas exógenas, por lo general en casos de anticoncepción.

Cefalea atribuida al uso o exposición a otras sustancias

También se presentan cefaleas secundarias durante o poco después del uso o la exposición una sustancia distinta de las descritas con anterioridad, como herbolario, sustancias animales, orgánicas e inorgánicas indicadas por médicos y no médicos como intento de tratamiento farmacológico, pero que no están licenciadas como medicamentos. Las sustancias más frecuentemente implicadas: compuestos inorgánicos: arsénico, borato, bromato, clorato, cobre, yodo, plomo, litio, mercurio. compuestos orgánicos: anilina, bálsamo, bisulfito carbónico, tetracloruro de carbono, clordecona, ácido sulfhídrico, queroseno, alcoholes de cadena larga, metanol, bromuro de metilo, clorometano, compuestos organofosforados

Cefalea por abuso de medicación sintomática

Es una cefalea de rebote, provocada por fármacos, por uso inadecuado de medicamentos como: ergotamínicos, triptanes analgésicos simples, AINES, opioides, analgésicos combinados

Cefalea atribuida a infección intracraneal

En este caso se relacionan a infecciones raras persistente, ocasionada por bacterias, virus, hongos y parásitos.

Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis

En el caso de la homeostasis, ósea la cefalea por hipertensión intracraneal secundaria a trastornos metabólicos, tóxicos u hormonales que mejoran de manera significativa después de la resolución del trastorno hipertensivo. Una de las causas de este tipo de cefalea es por hipoxia o hipercapnia, por grandes alturas, vuelos en avión, por inmersión, apnea del sueño, por diálisis, hipertensión arterial, feocromocitoma, crisis hipertensiva, preeclampsia o eclampsia, disreflexia autonómica, hipotiroidismo y por ayuno.

Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales

En este caso se relacionan a trastorno óseo craneal, trastorno del cuello, tendinitis retrofaríngea, disfonía craneocervical, glaucoma agudo, defectos de la refracción, heteroforia (estrabismo latente) o heterotropia (estrabismo manifiesto) trastorno ocular inflamatorio, trocleitis, trastorno de la nariz o de los senos paranasales, rinosinusitis aguda, crónica o recurrente, trastornos de los dientes o mandíbula, trastorno temporomandibular e inflamación del ligamento estilohioideo.

Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

En el caso de las cefaleas psiquiátricas se relacionan a las alteraciones serotoninérgica, conductas mal adaptativas. un porcentaje se vincula con la depresión y ansiedad. trastorno de somatización trastorno psicótico

Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales

Es un dolor punzante y constante que afecta los nervios de la cara, cabeza y el cuello. por compresión, distorsión, exposición al frío u otras formas de irritación, o por una lesión en las vías centrales del dolor que inervan las fibras aferentes de los nervios trigémino, intermedio, glossofaríngeo, neumogástrico y las raíces cervicales altas de los nervios occipitales

Encuesta Conocimientos Actitudes Prácticas (CAP)

Es una encuesta formal, utilizando una entrevista personalmente en las que se realizan preguntas definidas y formuladas en cuestionarios estandarizados que brinda acceso a información tanto cuantitativa como cualitativas. Las preguntas CAP tienden a revelar no solo rasgos característicos en conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la salud relacionados con factores sociales, tradicionales y de creencias, sino que también la idea que cada persona tiene sobre el cuerpo o la enfermedad. Estos factores son a menudo la fuente de conceptos erróneos o mal entendidos que pueden representar obstáculos para el cambio de comportamiento. (Gumicio et al., 2010)

En otro documento se comprende que una encuesta constituye un método de investigación que se usa para medir la distribución de las características de una población en un momento específico. El propósito de una encuesta CAP es medir y comprender las actitudes, las creencias, los conocimientos y los comportamientos de una población en estudio. Una encuesta a menudo utiliza una herramienta estructurada, como un cuestionario,

que contiene preguntas previamente definidas y que se plantean a las personas de la población, ya sea por medio de una entrevista (oral) o solicitando respuesta por escrito. Para realizar correctamente este tipo de encuestas es importante establecer una premisa básica y las definiciones para cada palabra. (Childfund, 2011; Holman, 2012)

Conocimiento:

El conocimiento representa un conjunto de información adquirida mediante la experiencia o el aprendizaje. También es la capacidad de imaginar y la forma de percibir. Sin embargo, el conocimiento de un comportamiento de salud considerado beneficioso no significa que automáticamente será seguido. El grado de conocimiento evaluado por la encuesta ayuda a localizar áreas donde se es necesario realizar esfuerzos de información y educación. (Gumicio et al., 2010)

En otro documento define los conocimientos como las ideas, la información y las creencias que tiene una persona a partir de factores como la socialización, las experiencias, la cultura y el acceso informativo. (Martínez et al., 2006)

Actitudes:

Son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen positiva o negativamente en el comportamiento o la práctica de un individuo. Las actitudes influyen en un comportamiento futuro sin importar el conocimiento del individuo y ayudan a explicar porque adopta una práctica y no otra alternativa. las actitudes no se pueden observar de manera directa como las prácticas; por consiguiente, conviene ser prudentes a la hora de medirlas. Es interesante destacar que numerosos estudios muestran un vínculo a menudo débil y en ocasiones nulo en relación entre actitud y prácticas. (Fautsch, 2014)

Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias y educación recibida.

De acuerdo a Alcántara J (1992), las actitudes son el sistema fundamental por el cual el ser humano determina su relación y conducta con el medio ambiente. Son disposiciones para actuar de acuerdo o en desacuerdo respecto a un planteamiento, persona, evento o situación específica en la vida cotidiana.

Prácticas:

Las prácticas o comportamientos son las acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Son el aspecto concreto, la acción. Para las prácticas relacionadas con la salud, se recopila información sobre el consumo de tabaco o de alcohol, el diagnóstico, la vacunación, la sexualidad etc. (Gumicio et al., 2010)

La práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación puede ser referida o expresada a través de lenguaje. Las prácticas se definen también como acciones que pueden ser medidas mediante una lista de chequeo, pueden ser clasificadas como correctas o incorrectas, adecuadas, o inadecuadas entre otras. (Pinedo B 2018)

CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Es un estudio CAP (Conocimiento, Actitud y Practica), según el método de estudio es descriptivo (Piura, 2006), de corte transversal.

Área de estudio

El área de estudio está compuesta por cuatro Centros de salud pertenecientes al distrito II Centro de Salud Sócrates Flores y Francisco Morazán, del distrito IV el centro de Salud Francisco Buitrago y del distrito V Centro de Salud Carlos Rugama, en Managua.

Universo

El universo estuvo compuesto por 52 médicos generales y 2 internistas que laboran en los cuatro centros de Managua pertenecientes al distrito II Centro de Salud Sócrates Flores y Francisco Morazán, del distrito IV el centro de Salud Francisco Buitrago y del distrito V Centro de Salud Carlos Rugama, en Managua.

Muestra

Se trabajó con la población total de médicos generales e internistas de los centros de salud en estudio, para un total de 54 médicos, siendo efectiva la participación de 53 médicos.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión
 - Que sean médicos generales al servicio de los centros de salud en estudio.
 - Que sean médicos internistas al servicio de los centros de salud en estudio.
 - Dispuesto a aceptar y participar en la encuesta.
 - Aceptar voluntariamente ser parte del estudio.

- Criterios de exclusión

- Médicos que no sean de planta de los centros de salud en estudio.
- No estar dispuesto a participar en la encuesta.

Lista de Variables

Objetivo Específico 1. *Describir las características sociolaborales del personal médico que trabajan en los centros de salud en estudio.*

Datos generales de los médicos en estudio: sexo, edad, clasificación del médico, años de experiencia y centro médico en el que trabaja

Objetivo Específico 2. *Identificar el conocimiento de cefalea que tiene el personal médico que trabajan en los centros de salud mencionados.*

Variables del Estudio:

- Conocimiento básico sobre la cefalea
- Conocimiento sobre el abordaje de las cefaleas
- Conocimiento global sobre las cefaleas

Objetivo Específico 3. *Valorar las actitudes sobre cefalea, del personal médico que trabajan en los centros de salud.*

- Actitudes sobre la cefalea
- Actitud global sobre la cefalea

Objetivo Específico 4. *Conocer las prácticas sobre el abordaje de la cefalea, del personal médico que laboran en los centros de salud en estudio.*

- Prácticas del personal médico ante el paciente con cefalea
- Práctica global sobre la cefalea

Matriz de operacionalización de variable

Objetivo Específico 1: <i>Describir las características sociolaborales del personal médico que trabajan en los centros de salud en estudio.</i>				
Variable Conceptual	Sub-VARIABLES	Variable operativa/ Indicador	Tipo de variable	Valor final
Edad	Edad	Años	Cuantitativo Numérica discreta	Años
Sexo	Sexo	-Mujer -Hombre	Cualitativa Categórica	1: Si 2: No
Nivel académico	Titulación	Médico general Médico Internista	Cualitativa Categórica	1: Si 2: No
Experiencia médica	Años de experiencia médica	años	Cuantitativo Numérica	Numérica discreta
Unidad de salud	Centro de salud donde trabaja	Centro de salud	Cualitativa categórica	Fco. Morazán Fco. Buitrago Sócrates Flores Carlos Rugama
Objetivo Específico 2: <i>Identificar los conocimientos sobre cefalea del personal médico que trabajan en los centros de salud mencionados.</i>				
Conocimiento básico sobre la cefalea	Conceptos de cefalea	<ul style="list-style-type: none"> • Las cefaleas es uno del trastorno más frecuente del sistema nervioso y más incapacitantes • La cefalea se agrava por un consumo excesivo de analgésicos • El diagnóstico de las cefaleas primarias es estrictamente clínico • El 90% de las cefaleas son primarias • La cefalea tensional es la más frecuente • La cefalea secundaria no se asocia a lesiones estructurales del cerebro y no amenazan la vida del paciente. 	Cualitativa categórica	1: Verdadero 2: Falso 3. No se
	Diagnóstico sobre la cefalea	<ul style="list-style-type: none"> • Para el diagnóstico de las cefaleas primarias es 	Cualitativa categórica	1: Verdadero 2: Falso 3. No se

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

		<p>necesario realizar TAC O RM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para abordar las cefaleas secundarias se debe primero tratar la causa subyacente • El fondo de ojo se debe realizar siempre en cualquier consulta de cefalea • Cuando se sospecha de los signos de alarma se debe derivar a un nivel especializado 		
Conocimiento sobre el abordaje de la cefalea	Conoce de clasificación de la cefalea ICDH	Conoce la clasificación internacional de la cefalea ICDH III edición beta	Cualitativa categórica	<p>a) Si b) No c) Parcialmente</p>
	Clasificación de la cefalea	Elija la opción correcta	Cualitativa categórica	<p>a) Migraña y cefalea primaria. b) cefaleas primarias, cefaleas secundarias y neuropatías craneales dolorosas. c) cefalea primaria y neuropatías craneales dolorosas. d) Cefalea primarias y secundarias</p>
	Criterios de cefalea primaria	Al menos 5 crisis, 4-72 horas; localización unilateral,	Cualitativa categórica	<p>a) cefalea tensional b) cefalea racimos c) migraña sin aura</p>
		Al menos 10 episodios; duración 30 minutos a 7 días; localización bilateral	Cualitativa categórica	<p>a) migraña b) cefalea tensional c) cefalea en racimos</p>
		5 episodios; duración 15-180 minutos; dolor unilateral	Cualitativa categórica	<p>a) cefalea en racimos b) migraña con aura c) cefalea en racimos</p>
Tratamiento de Cefalea primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque migraña moderada • Ataque de cefalea tensional • Ataque de cefalea en racimos • Prevención migraña 	Cualitativa categórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. AINES 2. Triptanes 3. Antieméticos 4. Topiramato VS 5. Flunarizina 6. Propanolol 7. Amitriptilina 	

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de cefalea tensional • Prevención de cefalea en racimos 		8. Litio o verapamilo 9. Oxígeno lidocaína 10. Corticoides 11. Acido valproicos 12. otros
Conocimiento global sobre la cefalea	Puntuación final de los conocimientos sobre cefalea	Puntuación obtenida	Cuantitativa numérica	Insuficiente: 0-59% Regular: 60-69% Suficiente: 70-100%

Objetivo Específico 3: Valorar las actitudes sobre cefalea, del personal médico que trabajan en los centros de salud.

Variable Conceptual	Sub-Variables	Variable operativa/ Indicador	Tipo de variable	Valor final
Actitudes sobre la cefalea	Examen físico	Considera usted derivar a un paciente que tenga hallazgos anormales en el examen físico neurológico	Cualitativa categórica	a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
	Uso de la clasificación en la práctica clínica diaria	Considera hacer uso de la clasificación en la práctica diaria para el diagnóstico de la cefalea	Cualitativa categórica	a) siempre b) usualmente c) algunas veces d) nunca
	Consideraciones sobre analgésicos	Considera que los analgésicos son drogas seguras y de usos común	Cualitativa categórica	a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
		Considera que aumentando la cantidad de analgésicos se puede mejorar la cefalea	Cualitativa categórica	a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
	Remisión de exámenes de imágenes	Considera que se deben enviar estudios de imagen para el diagnóstico de las cefaleas primarias	Cualitativa categórica	a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
Prevención de la cefalea	Considera que las cefaleas se pueden prevenir		a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indeciso d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo	

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

Actitud global sobre cefalea	Puntuación final de la actitud de Cefalea	Puntuación Obtenida	Cuantitativa Numérica	Actitud no favorable: <19 Actitud favorable:> 20
Objetivo Específico 4. Conocer las practicas sobre el abordaje de la cefalea, del personal médico que laboran en los centros de salud en estudio.				
Variable Conceptual	Sub-Variables	Variable operativa/ Indicador	Tipo de variable	Valor final
Prácticas del personal médico ante el paciente con cefalea	Exploración física básica	Al momento de la captación del paciente hace la exploración física básica	Cualitativa categórica	1. SI 2. NO
	Uso de los instrumentos de exploración	Instrumentos básicos de exploración física	Cualitativa categórica	1. Lámpara de reflejo 2. Cartilla de Snellen 3. Estenopeico 4. Oftalmoscopio 5. Diapasones + estenopeico 6. Es correcto del inciso “a” la “d” 7. Ningunas de las anteriores
	Uso el formato	Usa el formato de la historia clínica del MINSA-Nicaragua	Cualitativa categórica	a) siempre b) usualmente c) algunas veces d) nunca
	Diagnóstico de la cefalea	El diagnóstico de la cefalea hace aplicación de los criterios clínicos	Cualitativa categórica	a) siempre b) usualmente c) algunas veces d) nunca
	Receta de analgésicos	Prescripción analgésica sin antes realizar una anamnesis completa	Cualitativa categórica	a) siempre b) usualmente c) algunas veces d) nunca
	Seguimiento del paciente con cefalea	Seguimiento a los pacientes captado	Cualitativa categórica	a) siempre b) usualmente c) algunas veces d) nunca
Práctica médica global sobre cefalea	Puntuación final en la práctica en Cefalea	Puntuación Obtenida	Cuantitativa Numérica	No favorable: 0-69% Favorable: 70-100%

Procesamiento y recolección de la información

- Para obtener la información se elaboró una encuesta CAP, tomando como referencia a (Martínez et al., 2006), quienes realizaron un CAP, para los médicos de atención primaria, la cual adaptamos y presentamos a un Neurólogo clínico para la pertinencia de los cambios realizados, la aprobación de este subespecialista, permitió finalizar la estructuración de la encuesta.
- En el caso de la aplicación de la encuesta a los médicos en estudio, se visitaron directo a su lugar de trabajo, algunos de estos estaban dentro del centro de salud o bien en los puestos médicos donde estaban asignados. Todo esto bajo la autorización del SILAIS-Managua y director del centro de salud.
- La encuesta la aplico el encuestador directo con el médico.

Estructura de la encuesta:

Está constituida por cuatro acápites:

- I. Características sociolaborales de los entrevistados
- II. Conocimiento sobre la cefalea del personal médico en estudio
- III. Actitudes frente a la valoración de la cefalea
- IV. Prácticas en el abordaje de la cefalea del personal médico

Evaluación de conocimiento

Para evaluar el conocimiento se plantearon tres acápites:

1. Conocimientos conceptuales de las cefaleas: Cuenta con 10 preguntas de respuesta “falso”, “verdadero” y “no se” cada una de estas tiene un puntaje de 5 puntos, para un total de 50 puntos.

2. Conocimiento sobre la clasificación de las cefaleas: Esta está estructurada con 5 preguntas de selección múltiples, cada una de estas tiene un valor de 4 puntos, para un total del inciso de 20 puntos finales.
3. Conocimiento sobre la terapia farmacológica según el tipo de cefalea: Esta cuenta con un cuadro donde se planteó el tipo de cefalea y 14 diferentes fármacos utilizados en el tratamiento a aplicar, cada una con un valor de 5 puntos, para un total del inciso de 30 puntos.

La evaluación final del conocimiento se engloba en el siguiente porcentaje:

- 0-59%: conocimiento insuficiente
- 60-69%: conocimiento regular
- 70-100%: conocimiento suficiente para un buen abordaje

En el caso de la valoración de las actitudes al momento de la consulta con el paciente, se plantearon 7 preguntas de selección múltiple, cada pregunta tiene un valor de 14.3 punto, para hacer un total de 100%.

Evaluación de actitud

Para la actitud clínica del médico, frente al paciente con cefalea se plantearon 6 preguntas, de las cuales 4 con orientación positiva que son la número 1, 2, 3 y 6, y dos con orientación negativa que son las preguntas 4 y 5, las respuestas son ordinales de selección múltiple.

- a) Totalmente en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) Indeciso
- d) De acuerdo
- e) Totalmente en acuerdo

Para análisis estadístico con la escala de Likert, cada respuesta a elegir tiene un valor en dependencia de la orientación de la respuesta, positiva o negativa ver Tabla 10:

Tabla 10

Puntuación de las respuestas en escala Likert

Orientación	Orientación respuesta positiva	Orientación respuesta negativa
a) Totalmente en desacuerdo	1	5
b) En desacuerdo	2	4
c) Indeciso	3	3
d) De acuerdo	4	2
e) Totalmente en acuerdo	5	1

Nota: Elaboración propia

Y el resultado final aplicando la escala Likert, se calculó la variable puntuación final de las 6 preguntas realizadas, con las que se estableció como punto de partida, los valores ≤ 19 como actitud no favorable y los ≥ 20 como una actitud favorable

- 1=actitud no favorable
- 2=actitud favorable

Evaluación de la práctica

En la evaluación de las prácticas al momento del abordaje de la exploración física, diagnóstico y terapia farmacológica que brinda al momento de la atención al paciente con cefalea, se plantearon 6 preguntas y una tabla de prescripción de fármaco, a los que se dio puntuación de 11.66 puntos a cada pregunta, para un total de 70 puntos y a la tabla se le dio una puntuación de 30 puntos. Evaluación final en base 100 y para el proceso estadístico se clasifico de la siguiente manera:

- 1= 0-69%: práctica no favorable
- 2. 70-100%: practica favorable

Plan de tabulación y análisis estadístico

Finalizado el proceso de recolección de la información, se pasó a la revisión de la calidad de llenado es consecutivita de las encuestas para la digitación de los datos creando la base en SPSS v25 con todas las

La estadística se presentará en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, se aplicará escala de Likert.

Aspectos éticos

- Se solicito aceptación del tema al comité de investigación de la UNAN-Managua
- Permiso de solicitud de información a docencia del SILAIS-Managua
- Aprobación de los directores de los centros de salud en estudio
- Se protege la identificación de los encuestados
- El uso de los datos recolectados es exclusivo para esta investigación.

CAPITULO III DESARROLLO

Resultados

El centro que tuvo mayor participación fue el Sócrates flores en relación al tamaño demográfico con 4 puestos de salud y 13 médicos en comparación con el francisco Buitrago que tenía 10 puestos de salud con 19 participantes, teniendo menor cantidad de médicos distribuidos por puestos de salud, seguido del centro de salud Carlos Rugama que contó con 3 puestos médicos y 8 participantes, siendo el Francisco Morazán el centro de salud que tuvo menos participación en relación al tamaño demográfico con 6 puestos médicos y 11 participantes.

Se observó que el sexo predominante de los encuestados es el sexo femenino con respecto al masculino, Dentro de los rangos de edades se encontró que la mayoría de los médicos que atienden son médicos generales con edades de 36 a 59 años con más de 12 años de experiencia en relación con la minoría de médicos jóvenes de 25 a 35 años menor de 12 años de experiencia. De los cuatro centros de salud en estudio solo dos centros disponen de un médico especialista en medicina interna, el centro de salud francisco Morazán y francisco Buitrago, observándose la falta de internistas en los demás centros de salud.

Los centros de salud que formaron parte de este estudio son: C/S Francisco Buitrago, Sócrates Flores, Francisco Morazán, y el Carlos Rugama, todos estos pertenecientes al distrito III, de Managua. Se encuestaron un total de 51 médicos generales y 2 especialistas en medicina interna, abarcando el total de médicos que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, no se encuestaron otro tipo de especialidades. Solamente el C/S Francisco Morazán y Francisco Buitrago contaban con médicos internistas. La población total de médicos generales e internistas fue de N=53. Estos médicos se encontraban distribuidos en

los puestos médicos (P/M) pertenecientes a cada C/S, los cuales se visitaron un total de 23 P/M. (Ver Anexos Tabla-1)

El personal encuestado, en su mayoría del sexo femenino con el 69.8% (37) y el 30.2% (16) el sexo masculino, con edades en su mayoría entre 36 a 64 años (64.15%), menos de la mitad de la población en estudio eran entre la edad de 25 a 35 (35.8%). Con años de experiencia en la práctica médica superior a los 12 años (56.6%) y menos de 11 años el 43.39%. La edad promedio de los 53 encuestados fue de 39.79 ± 10.11 y la media en los años de experiencia fue de 14.68 ± 10.10 años. Como se puede esperar la experiencia y la edad del médico, puede representar un CAP clínico en cefalea, de alta puntuación.

Como se ha venido explicando a lo largo de esta investigación, cada acápite del CAP cuenta con su estructura y su propia evaluación.

Análisis de los resultados

Discusión sobre el conocimiento en cefaleas

En el caso del conocimiento se dividió en tres contenidos: el primero fue de preguntas generales básicas sobre cefalea, en el que, el encuestado respondería verdadero, falso o bien no sé, como se puede observar en (anexos Tabla-2), el promedio de desconocimiento en porcentaje es del 18.68%, siendo el ítem nº 2, con la pregunta si “ la cefalea se agrava por un consumo excesivo de analgésicos”, el 56,60% (30) desconoce esta información, lo que hace que en la clínica se prescriban analgésicos, sin tener claro lo que estos fármacos causan en los paciente, otra de las preguntas para una anamnesis adecuada, es la del ítem nº 9, donde se plantea que “El fondo de ojo se debe realizar siempre en cualquier consulta de cefalea”, el

24.53%, desconoce la importancia en la práctica clínica la exploración de fondo de ojo. Sin embargo, un elevado porcentaje, el 81.32% (43), tiene conocimientos básicos sobre cefalea.

El segundo contenido de las preguntas de conocimiento fue sobre la Clasificación Internacional de Cefalea (siglas en inglés ICHD-III), se realizaron 5 preguntas básicas, iniciando por si conoce esta clasificación y como se puede observar en (anexos Tabla-3), se obtuvo un alto porcentaje de desconocimiento o conocimiento parcial los que juntos hacen el 88.7% de los encuestados, sin embargo, en la pregunta 3 y 5 se observó que hay menos del 32.0% refieren desconocer sobre las clasificación de cefaleas primarias y su clínica, pero en las preguntas 2 y 4 los porcentajes de desconocimiento estan entre el 52.83 % y el 71.70%, el promedio total de desconocimiento sobre la ICHD-III, es del 53.19%

El tercer contenido se relaciona con la terapia farmacológica según el tipo de Cefalea primaria, para tratarla durante un episodio o bien para prevenirlos. Para responder sobre este tema, se les presento a los encuestados un cuadro con la clasificación de la cefalea primaria episódica y preventiva y a su vez se les presentan 11 tipos de fármacos que son los indicados en la cefalea primaria en su fase episódica o preventiva. (Ver anexos Tabla- 4)

En (Anexos Figura-1), se presentan los resultados obtenidos, de forma ilustrativas donde se evidencia, que el conocimiento sobre la terapia se centra en la mayoría de los encuestados, el uso de los AINES, en los diferentes tipos de cefaleas y sus diferentes fases, lógicamente se asume con rapidez un desconocimiento sobre el tratamiento a prescribir en la cefalea primaria, en este punto fue donde se evidencio el mayor porcentaje de desconocimiento y abstención al momento de responder.

Si se hace la relación entre los resultados sobre el conocimiento básico y sobre la clasificación, donde se obtuvieron porcentajes promedio de conocimiento básico del 81.32% (43) y del 46.81% conocimientos sobre la clasificación de la cefalea. Se contradicen con la

terapia, que alcanzo porcentaje promedio de desconocimiento del 90.56 %, entre respuestas incorrectas y abstenciones. Es posible que estos resultados lo que indican es que el conocimiento sobre la clínica de la cefalea primaria, en los centros de salud en estudio no es de dominio pertinente para poder dar un diagnóstico terapéutico.

Si se puede observar en la (Tabla-4 anexos), los tipos de cefalea primaria son: 1. Ataque de migraña moderada, 2. cefalea tensional y 3. cefalea en racimo en episodio el tratamiento recomendado es: En el primer caso la migraña moderada se trata con AINES, Triptanes y antieméticos, para tratar el caso 2. cefalea tensional se utiliza AINES, y en el caso 3. Cefalea en racimo se utiliza triptanes, topiramato, Litio y oxígeno. Como se puede observar cada tipo de cefalea tiene su propio tratamiento episódico. En la (Figura-1 Anexos), se observa que, en el caso de ataque de migraña moderada, solamente el conocimiento sobre los AINES es alto y el de los otros fármacos es disminuido, se observa que eligen de hechos otros tipos de fármacos como el topiramato, propranolol y ácido valproico, que según la literatura no es para la migraña moderada. Si se hace la misma observación con los otros dos tipos de cefalea se observa el mismo comportamiento, los encuestados señalaron más del número de fármaco o menos del recomendado en la literatura internacional.

Para el caso de la prevención de la cefalea primaria también se observó el mismo comportamiento, el tratamiento para estas es: 1. En la prevención de la migraña moderada, el tratamiento es los AINES, topiramato, flunarizina y el propranolol, en el caso de la prevención de la cefalea tensional, la terapia es con la Amitriptilina y en la prevención de la cefalea en racimos, el tratamiento puede ser con Litio, Corticoides, ácido valproico. (Figura-1 Anexos), se observa que, en el caso de la prevención de la migraña moderada aparte de los AINES, se selecciona como tratamiento al triptano, antieméticos, topiramato, flunarizina, propranolol, litio, oxígeno; caso similar se presenta en los otros dos casos. Con estos

resultados se interpreta que, al desconocer la clasificación internacional de la cefalea, se desconoce también su terapia y se trata de forma generalizada a la cefalea.

En la (Figura -2 Anexos), que se hizo en una sábana de Excel, fue identificar las respuestas que se esperaba contestaran correctamente y contabilizarlas, de igual forma con las respuestas negativas y abstenciones, con estos datos se obtuvo el porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y sin respuestas.

El porcentaje final promedio entre los tres acápites contemplado en conocimiento sobre cefalea fue de 45.85% de conocimiento y desconocimiento del 54.14%, en los encuestados. Resultados similares a Martínez, et al. 2020, los cuales los conocimientos sobre cefalea están limitados en el personal de atención primaria.

Como se puede observar en la (Tabla-5 Anexos), evaluando los tres puntos sobre el conocimiento sobre cefalea primaria, su clasificación y la terapia los resultados finales, solamente el 26,4% (14), tiene los conocimientos suficientes para realizar una buena anamnesis y terapia adecuada al tipo de cefalea primaria que presente el paciente, el resto se considera insuficiente o regular, esto viene a representar la necesidad de incorporar dentro de las capacitaciones anuales, cursos de actualización especializadas al respecto, para disminuir la remisiones hacia las unidades hospitalarias de aquellos casos que pueden ser abordados dentro del centro de salud.

Discusión sobre la actitud clínica en cefaleas

En cuanto a la actitud del médico tratante durante la clínica, se les planteo seis afirmaciones sobre contenidos necesario al momento de la anamnesis, con respuestas de selección ordenadas. (Ver Anexos tabla-4).

Los resultados representaron un porcentaje promedio del 34.6% de respuestas adecuadas frente a las preguntas realizadas y el 65.4% refiere una inadecuada. Como se puede observar en la Tabla-4, la afirmación *“Durante el examen físico neurológico si se detecta el aumento en la frecuencia del dolor de cabeza, empeoramiento de los síntomas, con el esfuerzo o factores de riesgo para una cefalea secundaria, se debe derivar al paciente a áreas especializadas”*, es la única pregunta con el 85% de los encuestados, seleccionaron correctamente, en las cinco afirmaciones restantes que se les planteó sobre el uso de la ICHD-III, el daño que el uso inadecuados de analgésicos provoca, el uso de imágenes TAC en cefalea primaria y si estas se pueden prevenir, las respuesta resultaron inadecuadas. Ver (Anexos Figura-3)

Al calcular la puntuación final de la actitud clínica, la encuesta se trabajó con la escala Likert, para una acumulación total de 30 puntos, donde cada una de las respuestas tenían puntuaciones de 1, 2, 3, 4, y 5, siendo el valor de 5 para la opción de *“totalmente de acuerdo”*, para las respuestas positivas (afirmaciones 1, 2, 3,4 y 5) y para las respuestas negativas, los valores se invirtieron, siendo el máximo valor 5 en este caso pertenece a la opción *“totalmente en desacuerdo”* (afirmaciones 4 y 5). Donde se obtuvo una puntuacion promedio de 20.18, que según nuestro sistema categorico de evaluacion es que valores >19 puntos, tienen una actitud favorables, al calcular la sumatoria de cada opción tomada por los encuestados el 43.39 % tiene una actitud desfavorable y el 56.6% una actitud favorable.

Estos resultados conllevan ha valorar que más del 40.0% de los médicos que captan o dan seguimiento a los casos de cefalea requieren capacitaciones y actualización de la información al respecto, para lograr un abordage clínico terapéutico adecuado sobre el paciente y estudios de imágenes dirigidas al paciente que realmente lo requiera.

Discusión sobre la práctica clínica en cefaleas

El último punto del CAP, es la práctica clínica, como se presenta en la Tabla -6, Se integran preguntas sobre el uso de formato de historia clínica del Ministerio de Salud (MINSAL-Nicaragua), es interesante que la respuesta del uso de este documento es de solamente el 13, 2%, en la opción “siempre” y nunca el 67.9%, al evaluar como respuesta correcta e incorrecta, se obtuvo que los encuestados, el 86.79 % de estos no respondió de la forma esperada. Un dato de interés dado que estos formatos existen y pueden ser utilizados en los centros de salud, para un buen manejo de las cefaleas.

Otro punto de interés con los resultados obtenidos en cuanto a la práctica es que la exploración física el 47.2 % lo hace usualmente o algunas veces y siempre solamente el 28.3 %, sin embargo, no se utilizan los instrumentos necesarios para dicha exploración, pero el 24.5% utilizan lámpara de reflejo, con lo que respecta al uso de Cartilla Snellen, estenopeico, diapasones, no forman parte de la práctica en la exploración del paciente, a pesar que estos accesorios son indispensables en la exploración del paciente.

En cuanto al diagnóstico haciendo uso de Clasificación ICHD-III y sus criterios clínicos para identificar y clasificar la cefalea que presenta el paciente durante la consulta, el 69.8% afirma utilizar este documento, sin embargo, cuando se hacen las preguntas sobre el conocimiento de los criterios, y la actitud frente al uso de estos, los encuestados refieren porcentajes inferiores de conocimiento 56.6% y actitud adecuada del 15.1%.

Otro dato interesante es que en la pregunta 5, que se refiere a si “¿Envía analgésicos sin antes realizar la anamnesis completa?”, refiere el 30.2% (16) que nunca lo hace y el 37.7% dice que algunas veces si lo hacen, al relacionarse esta pregunta con la número seis que trata sobre si da seguimiento al paciente captado por primera vez, el 39.6% (21), responde que

nunca práctica el seguimiento, dado que el paciente no regresa a la consulta, pero el 69.8% (31) refiere que algunas veces, usualmente y muy pocos que siempre dan seguimiento.

Es importante ver en la (Figur-4 Anexos) la frecuencia de selección de las respuestas correctas frente a la respuesta incorrecta, por parte de los encuestados, estos datos permitieron dar una evaluación cualitativa, solamente de las preguntas relacionadas a la anamnesis del paciente, previo a la prescripción de fármacos.

En la (Figura-5 Anexos), se presenta un gráfico similar al que se analizó en el conocimiento de la terapia en la cefalea primaria, en esta parte la práctica en la prescripción de fármacos, como se puede ver los AINES, es el fármaco por excelencia que se prescribe en los centros de salud, tanto en las cefaleas primarias en episodio, como en el caso de prevención, muy poco uso de los antieméticos y el uso de amitriptilina es casi nulo, el propanolol utilizado en la prevención de la cefalea tensional, se prescribe en todos los casos, sean preventivos o en episodios, indudablemente esto se concuerda con todos los resultados obtenidos anteriormente y con la bibliografía consultada, la cefalea es tratada de forma no favorable y no se orienta al paciente a tratamientos alternativos naturales o terapias física.

Una observación de interés por parte de los encuestados, es que uno de los motivos de prescribir en la mayoría de las veces los AINES, es porque el centro de salud cuenta solamente con este tipo de fármaco, raras veces hay en existencia la amitriptilina, por ejemplo y otros de los motivos es que los fármacos más especializados en la prevención, deben ser recetados por los médicos internistas, y en los centros de salud se carece de la presencia de un médico internista en la atención cotidiana en los puestos médicos, información que concuerda con este estudio, dado que de los 53 encuestados solamente 2 eran médicos internistas para un total de 24 puestos de salud y sus respectivos centros, esto hace que el médico general recete el fármaco que hay a disposición inmediata.

En la (Figura-6 Anexos) se hace ver de forma ilustrada, el número de opciones correctas, las incorrectas y las abstenciones. Como se puede observar en este caso más del 50.0% de este ítem no fue contestado, haciendo uso no favorable de los AINES

Conclusiones

1. Formaron parte del estudio un total de 4 centros de salud, para un total de 20 puestos médicos, participaron 53 médicos, donde 51 eran médicos generales y dos internistas, en cuanto a los años de experiencia el 56.6% tiene más de 11 años de ejercer como médico, en su mayoría son mayores de 36 años, se observó que el sexo predominante de los encuestados es el sexo femenino con respecto al masculino.
2. La evaluación del conocimiento global sobre diagnóstico, clasificación y terapia sobre cefalea, evidencio que solamente el 26.4% (14) alcanzaron la suficiencia.
3. La evaluación de la actitud global en la clínica de la cefalea, el 56.6% evidencio una actitud favorable, utilizándose poco la clasificación ICHD-III y los formatos de historia clínica del MINSA.
4. La evaluación en la práctica clínica, el 72% de los encuestados tienen una práctica no favorable, el 90% de la prescripción del tratamiento para cefalea primaria son AINES, tanto en los casos preventivos o los episódicos.

Recomendaciones

1. Con los resultados obtenidos en este estudio CAP, se recomienda, coordinar capacitaciones al personal médico en los centros de salud, concientizar el uso de la clasificación con la ICHD-III, el uso de accesorio como diapasones, cartilla Snell, etc.
2. Capacitar al personal médico sobre la actualización de los tratamientos para cefalea primaria y los criterios a seguir para la derivación a centros especializados.

CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- Aguirre, J., Casado, I., Moreno, A., Prieto, L., & Sánchez, A. (2015). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la cefalea*. 26.
- Alkudhairi, O., Alghthy, A., Mohammed, W., & Qassim, S. (2018). Evaluación del conocimiento, la actitud y la práctica hacia la prevención y el tratamiento de la migraña entre la población general de Arabia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 73(4), 6531–6534.
- AMF. (2016). *Dolor de cabeza de tipo tensional*. Agosto. <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/tension-type-headache/>
- Castro, A. (2016). *Hallazgos de la tomografía de cráneo en pacientes pediátricos con cefalea*, realizado en el hospital Manuel de Jesús rivera “La Mascota” de enero a junio del 2016. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua- Managua.
- Childfund. (2011). Propuesta De Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas. In *Childfund* (Issue 7). http://regionalamericacf.org/4_Pacto/anexos/Anexo_10_Encuesta_CAP.pdf
- Coulson, A. (2021). *Abordaje de cefalea*.
- Duarte, T. (2018). *Costo-efectividad del uso de la tomografía computarizada en la evaluación diagnóstica de la cefalea en paciente atendidos en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, entre el 1 de enero y 30 de junio del 2018*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Fautsch, Y. (2014). *Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices - KAP Manual*. 8–10.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

Finkel, A. (1940). American Academy of Neurology Headache & Facial Pain. In *Headache y Facial Pain Section Core*.

Gumicio, S., Merica, M., Luhmann, N., Fauvel, G., Zompi, S., & Ronsse, A. (2010). *Modelos de estudios CAP* (pp. 1–38).

Heras, J. (2012). *Guía rápida de Cefaleas*.

Holman, A. (2012). Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. In *Save The Children*.

http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/kap_report_sp_hi-res_0.pdf

ICHD-III. (2013). *III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas* (p. 370).

International Headache Society. (2013). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. In *International Headache Society*.

Martínez, J. M., Calero, S., García, M. L., Tranche, S., Castillo, J., & Pérez, I. (2006). Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Atención Primaria*, 38(1), 33–38. <https://doi.org/10.1157/13090029>

Mejía, E. (2018). *Determinar comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, enero 2015 – enero 2018*. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua-Managua.

Moreno, C. (2016). *Sobreuso de analgésicos en pacientes con cefaleas primarias de un centro de referencia de medellin*. Universidad del Rosario.

Narendhar, V., & Vinoth, K. (2019). Assessment of Knowledge, Attitude and Practice towards Migraine Treatment and Prevention among Medical College Students in

- Saveetha Medical College. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 4(11), 481–483.
- OMS. (2011a). *Atlas de trastornos de dolor de cabeza y recursos en el mundo 2011*.
https://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf?ua=1
- OMS. (2011b). *Atlas de trastornos de dolor de cabeza y recursos en el mundo 2011*.
- OMS. (2015). Trastornos neurológicos desafíos para la salud pública. In *Fundamentos de neuropsicología humana*.
- OMS. (2016). *Cefaleas*. [https://www.who.int/topics/headache_disorders/es/#:~:text=Las cefaleas \(dolores de cabeza, y la cefalea en brotes](https://www.who.int/topics/headache_disorders/es/#:~:text=Las cefaleas (dolores de cabeza, y la cefalea en brotes).
- SANCE. (2019). Guía oficial de cefaleas 2019. In *Grupo de estudio de cefaleas de la sociedad Andaluza de neurología*. http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Cefaleas_san-2019.pdf
- Sánchez, L. (2004). Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas. *Rev. Cienc. Salud / Bogotá (Colombia)*, 2(1), 46–55.
- Violante, M. R., Cañas, S. V., Calleja, J. M., & Pöhls, F. Z. (2009). Cefalea tipo tensional y cefalea en racimos. *Revista Mexicana de Algología*, 6(2), 12–15.

CAPITULO V ANEXO

Ficha de recolección de la información

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua, marzo 2021

N.º de encuesta: _____

Fecha: _____

Encuesta CAP sobre Cefalea

Estimado personal médico, le agradecemos su participación en esta encuesta, los resultados de esta investigación serán utilizados para proponer capacitaciones sobre el abordaje de la cefalea y así mejorar la calidad de atención brindada a los pacientes, además la información obtenida es anónima y de suma confiabilidad. Agradecemos su participación.

I. Características de los encuestados

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Centro de salud: _____
- Categoría laboral:
 - Médico general: ____
 - Médico internista: ____
- Años de experiencia: _____

II. Conocimientos sobre cefalea:

II-1 Elija Falso y Verdadero para a los siguientes planteamientos.

Nº	Conocimientos sobre cefalea	V	F	No sé
1	Las cefaleas es uno del trastorno más frecuente del sistema nervioso y más incapacitantes.	x		
2	La cefalea se agrava por un consumo excesivo de analgésicos	x		
3	El diagnóstico de las cefaleas primarias es estrictamente clínico	x		
4	El 90% de las cefaleas son primarias	x		
5	La cefalea tensional es la más frecuente	x		
6	La cefalea secundaria no se asocia a lesiones estructurales del cerebro y no amenazan la vida del paciente.		X	
7	Para el diagnóstico de las cefaleas primarias es necesario realizar TAC o RM		X	
8	Para abordar las cefaleas secundarias se debe primero tratar la causa subyacente	x		
9	El fondo de ojo se debe realizar siempre en cualquier consulta de cefalea	x		
10	Cuando se sospecha de los signos de alarma se debe derivar a un nivel especializado	x		

Nota: V=verdadero; F=falso

II-2. Seleccione la respuesta correcta

1. ¿Conoce la clasificación internacional de la cefalea ICDH III edición beta?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Parcialmente

2. Las cefaleas se clasifican en:
 - a) migraña y cefalea primaria.
 - b) cefaleas primarias, cefaleas secundarias y neuropatías craneales dolorosas.
 - c) cefalea primaria y neuropatías craneales dolorosas.
 - d) Cefalea primarias y secundarias

3. Tipo de cefalea primaria con al menos 5 crisis que se caracteriza por ser pulsátil, de localización unilateral, ¿con una duración 4-72 horas, con presencia de náuseas, vómitos o fotofobia.
 - a) cefalea tensional
 - b) cefalea racimos
 - c) migraña sin aura

4. Tipo de cefalea con al menos 10 episodios que se caracteriza por ser opresiva de localización bilateral, con una duración 30 minutos a 7 días.
 - a) migraña
 - b) cefalea tensional
 - c) cefalea en racimos

5. Tipo de cefalea con al menos 5 episodios que se caracteriza por dolor unilateral en la región orbitaria o temporal, con presencia de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, sudoración frontal y facial con una duración 15-180 minutos.
 - a) cefalea en racimos
 - b) migraña con aura

II-3. Marca con una X el tratamiento que prescribe en las siguientes cefaleas.

Nº	Tratamiento	AINES	Triptanes	Antieméticos	Topiramato	Valproato sódico	Flunarizina	Propanolol	Amitriptilina	Litio o verapamilo	Oxígeno lidocaína	Corticoides	Ácido valproico	otros
1	Ataque migraña moderada	X	X	X										
2	Ataque de cefalea tensional	X												
3	Ataque de cefalea en racimos		X		X					X	X			
4	Prevención migraña	X			X	X	X							
5	Prevención de cefalea tensional								X					
6	Prevención de cefalea en racimos									X		X	X	

III. Actitud médica en la clínica de la cefalea

Ítem		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Considera usted derivar a un paciente que tenga hallazgos anormales en el examen físico neurológico, aumento en la frecuencia del dolor de cabeza, empeoramiento de los síntomas con el esfuerzo o que tenga factores de riesgo para una cefalea secundaria					
2	Considera usted que para el diagnóstico de la cefalea en la atención primaria es indispensable el uso de la clasificación de la cefalea ICHD-III.					
3	Los analgésicos son drogas seguras y de usos común					
4	El aumentando de la cantidad de analgésicos puede mejorar la cefalea.					
5	Para el diagnostico de cefalea primaria se deben enviar estudios de imagen por TAC					
6	Las cefaleas se pueden prevenir					

III. Prácticas del personal médico ante el paciente con cefalea

III-1. Preguntas básicas sobre la práctica

1. ¿Hace uso del formato de la historia clínica del MINSA-Nicaragua?
 - a) siempre
 - b) usualmente
 - c) algunas veces
 - d) nunca
2. Ante un paciente que consulta por primera vez por presentar cefalea, tras la anamnesis ¿con que frecuencia realiza exploración física por mínima que sea?
 - a) siempre
 - b) usualmente
 - c) algunas veces
 - d) nunca
3. Cuál de estos instrumentos utiliza en la exploración física del paciente
 - a) Lámpara de reflejo
 - b) Cartilla de Snellen
 - c) Estenopeico
 - d) Oftalmoscopio
 - e) Diapasones + estenopeico
 - f) Es correcto del inciso “a” la “d”
 - g) Ningunas de las anteriores
4. ¿Para el diagnóstico de la cefalea hace aplicación de los criterios clínicos para clasificarla?
 - a) siempre
 - b) usualmente
 - c) algunas veces
 - d) nunca

5. Envía analgésico sin antes realizar una anamnesis completa
 - a) siempre
 - b) usualmente
 - c) algunas veces
 - d) nunca

6. ¿Le da seguimiento a los pacientes que capto por primera vez con cefalea?
 - a) siempre
 - b) usualmente
 - c) algunas veces
 - d) nunca

Tablas:

Tablas de Centros de salud y sus respectivos puestos médicos

Francisco Buitrago			
		Frecuencia	Porcentaje
Puestos	Mártires de Julio	2	3,8
	Zelin Shilec	2	3,8
	PM Las Torres	2	3,8
	Rigoberto López	1	1,9
	Nueva Livia	2	3,8
	Ilario Sánchez	2	3,8
	Benedito Valverde	2	3,8
	Roberto Clemente	2	3,8
	San José Oriental	1	1,9
	C/S Fco. Buitrago	3	5,7
	Total	19	35,8
Total		53	100,0

Carlos Rugama			
		Frecuencia	Porcentaje
Puestos	René Polanco	3	3,8
	Salomón Moreno	3	5,7
	C/S Carlos Rugama	3	5,7
	Total	9	15,1
Total		53	100,0

Sócrates Flores			
		Frecuencia	Porcentaje
Puestos	San Sebastián	2	7,5
	Cristo del Rosario	2	5,7
	San Antonio	2	5,7
	C/S Sócrates Flores	7	9,4
	Total	13	28,3
Total		53	100,0

Francisco Morazán			
Válido		Frecuencia	Porcentaje
	Edgar Lang	2	3,8
	Miguel Aguilar	1	1,9
	Villa Guadalupe	2	3,8
	Batahola Norte	1	1,9
	Batahola Sur	2	1,9
	C/S Fco. Moranza	4	7,5
	Total	12	20,8
Total		53	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla-1

Características descriptivas de los médicos encuestados en los centros de salud en estudio

<i>Número de médicos por C/S y P/M- (N=53)</i>				
Centro de Salud	Puestos Médicos	%	Participantes * PM	%
Fco. Buitrago	10	43.48	19	35.85
Sócrates Flores	4	17.39	13	28.30
Fco. Morazán	6	26.08	12	20.75
Carlos Rugama	3	13.04	9	15.09
Total	23	100	53	100
N=53	Frecuencia	Porcentaje %		
<i>Sexo de los encuestados</i>				
Femenino	37	69,8		
Masculino	16	30,2		
Total	53	100		
<i>Edad</i>				
25 a 35 años	19	35,8		
36 a 45 años	20	37,7		
46 a 55 años	11	20,8		
mayor de 56	3	5,7		
Total	53	100,0		
<i>Formación médica</i>				
Médico General	51	96,2		
Médico Internista	2	3,8		
Total	53	100,0		
<i>Años de práctica médica</i>				
1 a 5 años	14	26,4		
6 a 11 años	9	17,0		
12 a 20 años	17	32,1		

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

21 a 30 años	11	20,8		
mayor 31 años	2	3,8		
Total	53	100,0		
Estadístico descriptivo (N=53)				
<i>Años de práctica médica</i>	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
	1	40	14,68	10,107
Edad	25	64	39,79	10,11

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla-2

Resultados globales de las preguntas del conocimiento conceptuales sobre cefalea según la respuesta de los encuestados.

Verdadero o Falso a las siguientes afirmaciones					
Ítem	Conocimientos sobre cefalea	V	F	No sé	% de incorrectos
1	Las cefaleas es uno del trastorno más frecuente del sistema nervioso y más incapacitantes.	49	4	0	7,55
2	La cefalea se agrava por un consumo excesivo de analgésicos	23	27	3	56,60
3	El diagnóstico de las cefaleas primarias es estrictamente clínico	44	8	1	16,98
4	El 90% de las cefaleas son primarias	41	8	4	22,64
5	La cefalea tensional es la más frecuente	46	5	2	13,21
6	La cefalea secundaria no se asocia a lesiones estructurales del cerebro y no amenazan la vida del paciente.	8	43	2	18,87
7	Para el diagnóstico de las cefaleas primarias es necesario realizar TAC o Resonancia Magnética	8	44	1	16,98
8	Para abordar las cefaleas secundarias se debe primero tratar la causa subyacente	51	2	0	3,77
9	El fondo de ojo se debe realizar siempre en cualquier consulta de cefalea	40	11	2	24,53
10	Cuando se sospecha de los signos de alarma se debe derivar a un nivel especializado	50	2	1	5,66

Fuente: ficha de recolección de datos.

Nota: Las respuestas correctas están en negrita

Tabla-3

Resultados globales del conocimiento sobre la clasificación de cefalea (ICHD-III) necesarias para un buen diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje %	Respuestas incorrectas	% Resp. Incorrectas
<i>Seleccione la opción correcta:</i>				
<i>1. ¿Conoce la clasificación de las cefaleas (ICHD-III)?</i>				
a. Si	6	11,3		
b. No	30	56,6		
c. Parcialmente	17	32,1		
Total	53	100,0		
<i>2. Las cefaleas se clasifican en:</i>				
a. Migrañas	2	3,8	2	3,77
b. Cefaleas primarias, secundaria y NCD	15	28,3	0	0,00
c. Cefalea primaria y secundarias	36	67,9	36	67,92
Total	53	100,0	38	71,70
<i>3. Tipo de cefalea primaria con al menos 5 crisis que se caracteriza por ser pulsátil, de localización unilateral, con una duración 4-72 horas, con presencia de náuseas, vómitos o fotofobia.</i>				
a. Cefalea tensional	8	15,1	8	15,09
b. Cefalea de racimos	3	5,7	3	5,66
c. Migraña sin aura	42	79,2	0	0,00
Total	53	100,0	11	20,75
<i>4. Tipo de cefalea con al menos 10 episodios que se caracteriza por ser opresiva de localización bilateral, con una duración 30 minutos a 7 días.</i>				
a. Migraña	17	32,1	17	32,08
b. Cefalea tensional	25	47,2	0	0,00
c. Cefalea de racimos	11	20,8	11	20,75
Total	53	100,0	28	52,83
<i>5. Tipo de cefalea con al menos 5 episodios que se caracteriza por dolor unilateral en la región orbitaria o temporal, con presencia de inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, sudoración frontal y facial con una duración 15-180 minutos.</i>				
a. Cefalea de racimos	36	67,9	0	0,00
b. Migraña con aura	13	24,5	13	24,53
c. Sin respuesta	4	7,5	4	7,55
Total	53	100,0	17	32,08

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla-4.

Tabla R-6

Resultados globales de la encuesta sobre la actitud clínica del médico frente a la cefalea.

1. Durante el examen físico neurológico si se detecta el aumento en la frecuencia del dolor de cabeza, empeoramiento de los síntomas, con el esfuerzo o factores de riesgo para una cefalea secundaria, se debe derivar al paciente a áreas especializadas.				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0,0
En desacuerdo	0	0	0	0,0
Indeciso	1	1,9	1,0	1,9
De acuerdo	7	13,2	7,0	13,2
Totalmente de acuerdo	45	84,9	0,0	0,0
Total	53	100,0	8,0	15,1
2. Para el diagnóstico de la cefalea en la atención primaria es indispensable el uso de la clasificación de la cefalea ICHD-III.				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	23	43,4	23	43,4
En desacuerdo	0	0	0	0,0
Indeciso	0	0	0	0,0
De acuerdo	22	41,5	22	41,5
Totalmente de acuerdo	8	15,1	0	0,0
Total	53	100,0	45	84,9
3. Los analgésicos son drogas seguras y de usos común				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	1	1,9	1	1,9
En desacuerdo	5	9,4	5	9,4
Indeciso	10	18,9	10	18,9
De acuerdo	29	54,7	29	54,7
Totalmente de acuerdo	8	15,1	0	0,0
Total	53	100,0	45	84,9
4. El aumentando de la cantidad de analgésicos puede disminuir la crisis de cefalea.				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	18	34,0	0,0	0,0
En desacuerdo	25	47,2	25	47,2
Indeciso	5	9,4	5	9,4
De acuerdo	2	3,8	2	3,8

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

Totalmente de acuerdo	3	5,7	3	5,7
Total	53	100,0	35,0	66,0
5. Para el diagnóstico de cefalea primaria se deben enviar estudios de imagen por TAC				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	11	20,8	0	0,0
En desacuerdo	19	35,8	19	35,8
Indeciso	10	18,9	10	18,9
De acuerdo	9	17,0	9	17,0
Totalmente de acuerdo	4	7,5	4	7,5
Total	53	100,0	42	79,2
6. Las cefaleas se pueden prevenir				
	Frecuencia	Porcentaje	R_Incorrectas	% R_Incorrectas
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0,0
En desacuerdo	4	7,5	4	7,5
Indeciso	4	7,5	4	7,5
De acuerdo	25	47,2	25	47,2
Totalmente de acuerdo	20	37,7	0	0,0
Total	53	100,0	33	62,3

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla-5

Preguntas realizadas a los encuestados sobre el conocimiento del tratamiento a utilizar en la cefalea primaria al momento de una crisis o prevención de estas y las respuestas correctas.

Ítem	Tratamiento Tipo de Cefaleas												
		AINES	Triptanes	Antieméticos	Topiramato	Flunarizina	propranolol	Amitriptilina	Litio o verapamilo	Oxígeno Lidocaína	Corticoides	Ácido valproico	Otros
1	Ataque migraña moderada	x	x	x									
2	Ataque de cefalea tensional	x											
3	Ataque de cefalea en racimos		x		x			x	x				
4	Prevención migraña	x			x	x	x						
5	Prevención de cefalea tensional							x					
6	Prevención de cefalea en racimos								x	x	x		

fuentes: Esta es la tabla forma parte de la encuesta con respecto al tratamiento según el tipo de cefalea y su prescripción, como se puede observar las "x" representan las respuestas correctas según bibliografía consultada.

Tabla-6

Evaluación final del conocimiento conceptual, de clasificación y tratamiento de la cefalea.

Puntuación final del conocimiento (n=53)			
	Evaluación	Frecuencia	Porcentaje %
Válido	0 -59	26	49,1
	Insuficiente		
	60-69	13	24,5
	Regular		
	70-100	14	26,4
	Suficiente		
	Total	53	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos, el puntaje final de la evaluación del conocimiento se obtuvo de la sumatoria de los puntajes de los tres incisos que se aplicaron para evaluar el conocimiento (conceptos básicos y el abordaje sobre la cefalea)

Tabla-7

Respuestas global de la encuesta sobre la práctica clínica frente a la cefalea.

<i>Ítem_Prác_1. Hace uso del formato clínico del MINSA-NIC</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Siempre	7	13,2	0	0,00
Usualmente	6	11,3	6	11,32
Algunas veces	4	7,5	4	7,55
Nunca	36	67,9	36	67,92
Total	53	100,0	46	86,79

<i>Ítem_Prác_2. ¿Con que frecuencia realiza exploración física por mínima que sea?</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Siempre	15	28,3	0	0,00
Usualmente	10	18,9	10	18,87
Algunas veces	15	28,3	15	28,30
Nunca	13	24,5	13	24,53
Total	53	100,0	38	71,70

<i>Ítem_Prác_3. ¿Cuál de estos instrumentos utiliza en la exploración física?</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Lámpara de reflejo	21	39,62	0	0,00
Cartilla Snellen	0	0,00	0	0,00
Estenopeico	0	0,00	0	0,00
Diapasones+ estenopeico	0	0,00	0	0,00
Oftalmoscopio	2	3,77	0	0,00
Todos los anteriores	6	11,32	0	0,00
Ninguno de los anteriores	24	45,28	24	45,28
Total	53	100,00	24	45,28

<i>Ítem_Prác_4. ¿Para diagnóstico de Cefalea hace uso de los criterios clínicos para clasificar?</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Siempre	13	24,5	0	0,00
Usualmente	7	13,2	7	13,21
Algunas veces	17	32,1	17	32,08
Nunca	16	30,2	16	30,19
Total	53	100,0	40	75,47

<i>Ítem_Prác_5. ¿Envía analgésicos sin antes realizar la anamnesis completa?</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Siempre	3	5,7	3	5,66

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cefalea, del personal médico de cuatro centros de salud pertenecientes a tres distritos de Managua

Usualmente	14	26,4	14	26,42
Algunas veces	20	37,7	20	37,74
Nunca	16	30,2	0	0,00
Total	53	100,0	37	69,81

Ítem_Prác_6. ¿Hace seguimiento a los pacientes que capto por primera vez con Cefalea?

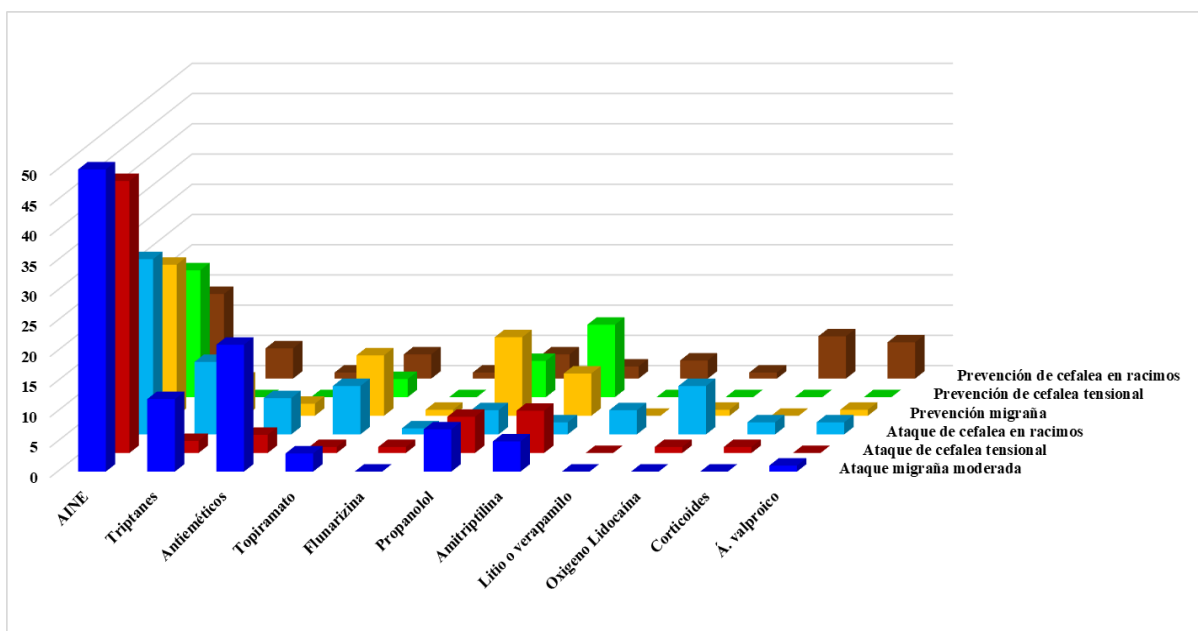
	Frecuencia	Porcentaje	Práctica inadecuada	% Práctica inadecuada
Siempre	9	17,0	0	0,00
Usualmente	10	18,9	10	18,87
Algunas veces	13	24,5	13	24,53
Nunca	21	39,6	21	39,62
Total	53	100,0	44	83,02

Fuente: ficha de recolección de datos

Figuras:

Figura-1

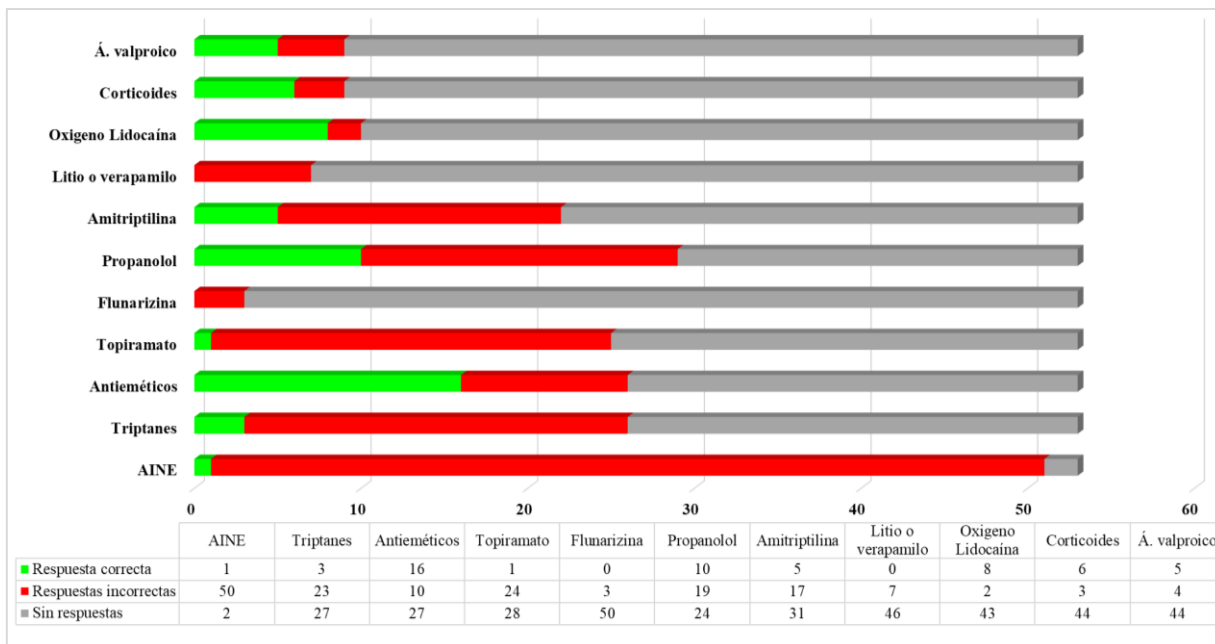
Conocimiento sobre la terapia farmacológica en ataques episódicos y prevención según el tipo de la cefalea.



Fuente: recopilado de la tabla- 4

Figura-2

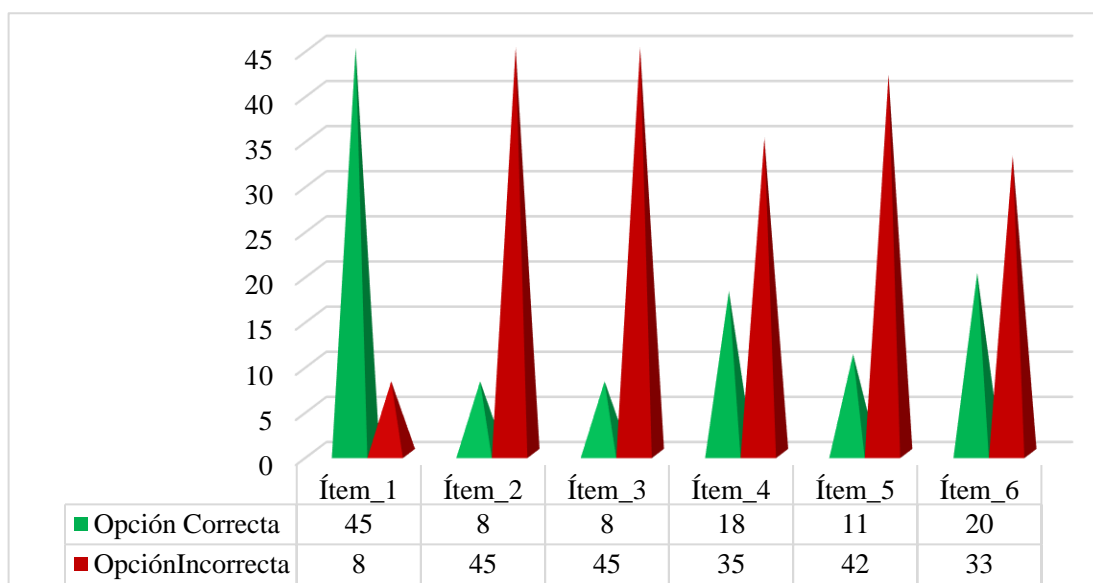
Frecuencia de las respuestas correctas sobre el conocimiento de la terapia farmacológica en ataques episódicos y prevención según el tipo de la cefalea.



Fuente: recopilado de la tabla- 4

Figura-3

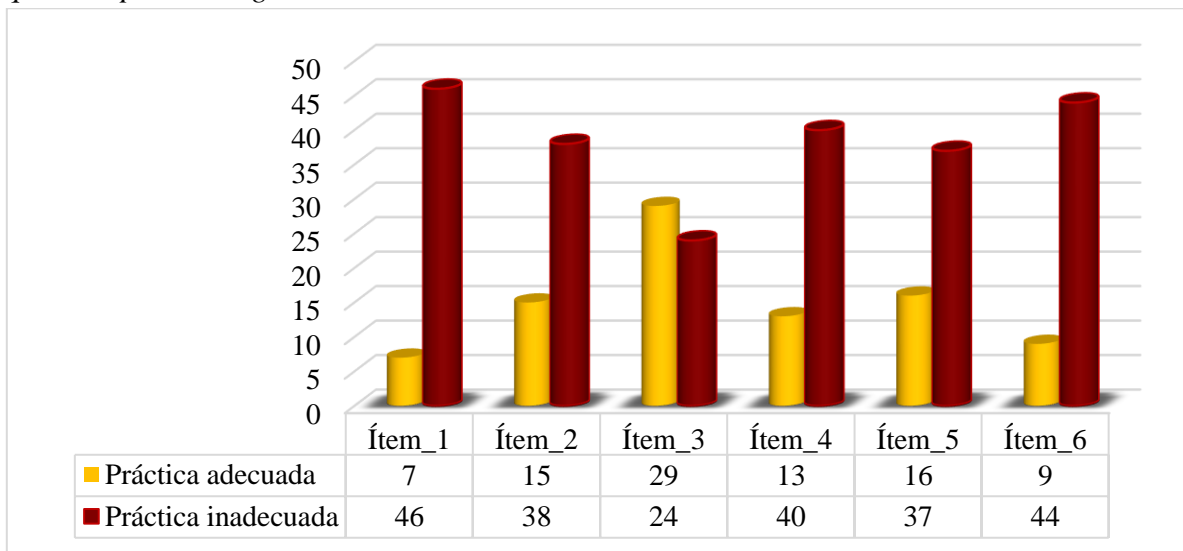
Evaluación final sobre la actitud clínica frente a la cefalea.



Fuente: recopilado de la tabla-6

Figura-4.

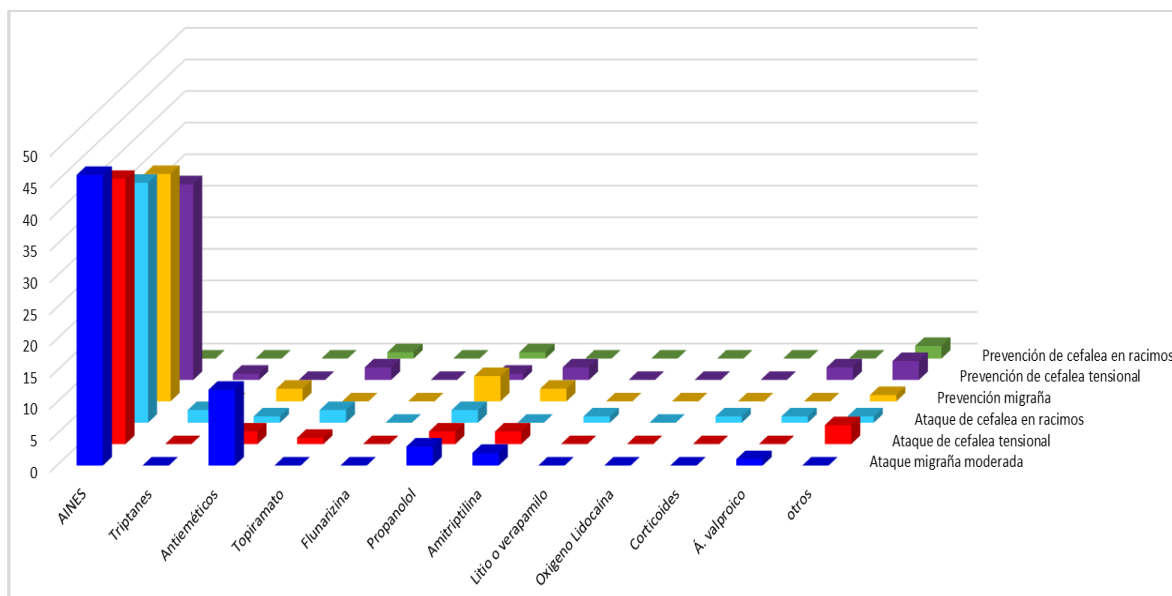
Frecuencia de la evaluación cualitativa de la práctica clínica en cefalea, según la opción que se esperaba eligiera el encuestado.



Fuente: recopilado de la tabla- 6

Figura-5

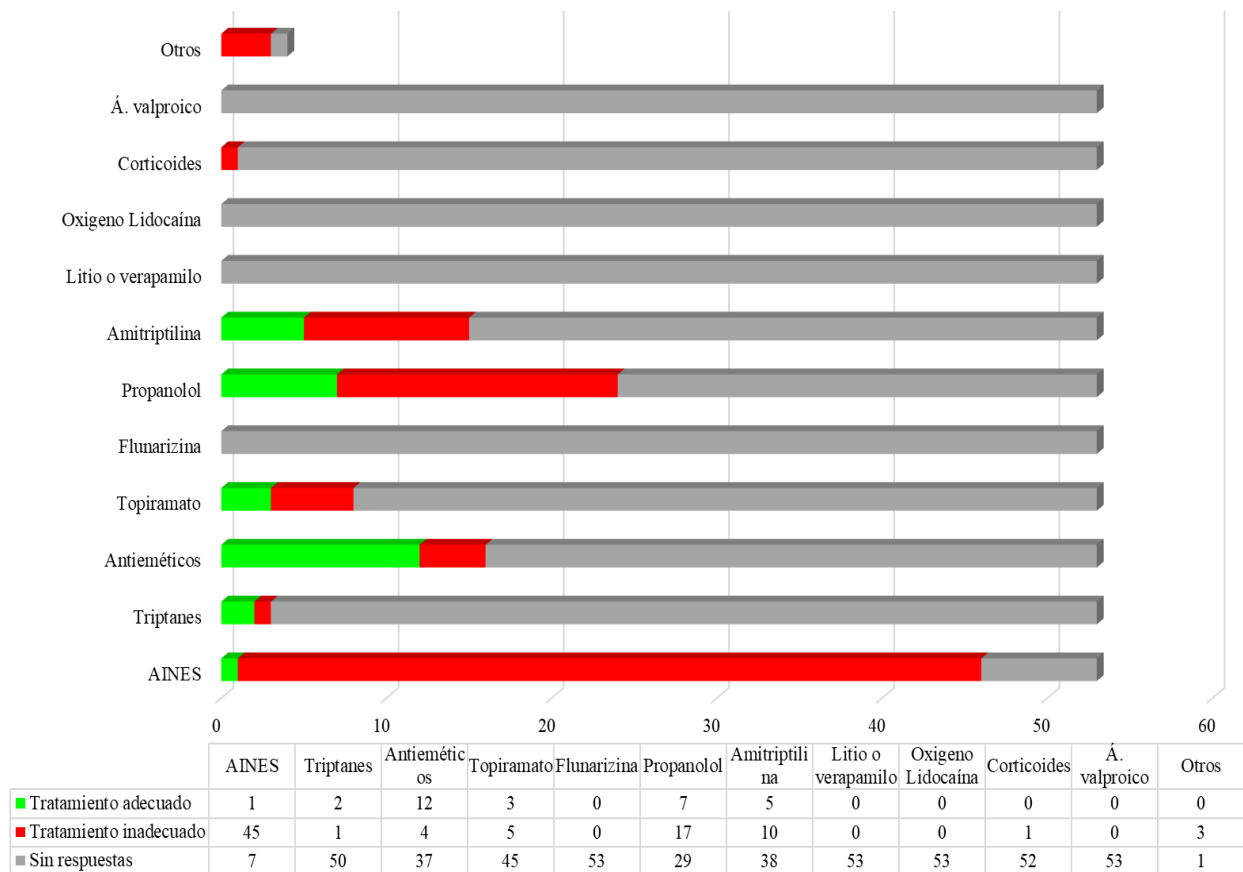
Tratamiento utilizado en la práctica clínica en ataques episódicos y prevención según el tipo de la cefalea.



Fuente: recopilado de la tabla-4

Figura-6

Resultados evaluativo según la respuestas correctas e incorrecta sobre la práctica terapéutica según el tipo de cefalea.



Fuente: recopilado de la tabla-6