



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Estrategias de mejora a partir de la evaluación continua de un protocolo: cefalea afebril en pediatría

Strategies for improvement using the continuous evaluation of a protocol: afebrile headache in paediatrics

Sr. Director:

En nuestro hospital se están desarrollando en los últimos años protocolos de actuación de las enfermedades más prevalentes en los servicios de urgencias de pediatría con la intención de facilitar y optimizar la labor asistencial.

La cefalea es un motivo frecuente de consulta¹ que en muchas ocasiones refleja el inicio de una infección, cefaleas tensionales o migrañas; pero que también puede ser una manifestación precoz de procesos más graves, como tumores o hemorragias cerebrales. Por esto, son importantes una anamnesis detallada y una exploración física^{2,3} bien sistematizada.

Neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas elaboraron conjuntamente el protocolo de cefalea afebril. Se presentó por primera vez en sesión hospitalaria en junio de 2003⁴ y ha seguido revisiones periódicas.

Éste es un estudio de calidad que pretende conocer el grado de cumplimiento de los criterios de calidad de este protocolo (recogidos en la [tabla 1](#)) en el momento actual y comparar su cumplimiento con los de otros 2 grupos de 33 y 38 pacientes estudiados en febrero y mayo de 2005⁵. De esta forma, se intenta evaluar nuestra propia actuación, la utilidad del protocolo y su asimilación por parte de los médicos asistenciales.

Los datos actuales se obtuvieron mediante la revisión de los informes de urgencias de 30 pacientes atendidos entre septiembre y diciembre de 2007, con diagnóstico de cefalea afebril. Se excluyó de la revisión a los niños que ingresaron.

Para la evaluación del protocolo utilizamos muestras pequeñas, bajo la premisa de que los estudios de calidad no tienen como finalidad generar estudios de investigación, sino conocer para cambiar; esta metodología se muestra como más eficiente en nuestro medio y nos permite diversificar los esfuerzos en evaluaciones concurrentes de varios protocolos. Como premisa, se fue especialmente cuidadoso en la aleatorización de la muestra de estudio —con el fin de evitar sesgos—; además, evidentemente, obtenemos una peor precisión con un intervalo de confianza más amplio. La proporción encontrada en la muestra y la

ayuda de su intervalo de confianza nos permiten conocer la situación y emprender acciones de mejora.

En la [tabla 1](#) se resumen los resultados obtenidos en cada período. En el grupo 2 (mayo de 2005) se había producido un descenso en el registro de la presión arterial, que se volvió a recuperar en este último período de 2007. La indicación terapéutica de primera línea (antiinflamatorios no esteroideos con o sin antieméticos) se refleja progresivamente en los 3 grupos hasta hacerse de forma prácticamente generalizada en la actualidad, cumpliendo los estándares marcados. Sin embargo, se observa un descenso en la constancia de la realización de fondos de ojo y de signos meníngeos, a pesar de que la exploración de los signos meníngeos es una práctica sistemática para los pediatras. Si estudiamos a fondo la muestra más reciente (grupo 3), obtenida en 2007, es reseñable que se realizó tomografía computarizada (TC) a 2 pacientes por cefalea intensa y persistente, y que fue normal (en estos 2 casos no constaba la realización de fondo de ojo). Médicos de familia atendieron a 5 de los 30 niños: en estos 5 pacientes había constancia de la indicación terapéutica, pero en ninguno se había realizado fondo de ojo y sólo en 3 de los 5 existía constancia de presión arterial y de signos meníngeos.

A la vista de estos resultados, debemos seguir mejorando aspectos como la constancia de la realización de fondo de ojo, incrementada en mayo de 2005 tras la realización de talleres de valoración de éste; asimismo, se insiste en la necesidad de reflejar por escrito los datos importantes.

Teniendo en cuenta que en 2 niños con TC craneal normal no había constancia escrita de realización de fondo de ojo, se recuerda que la normalidad de la neuroimagen no excluye cuadros de cefalea causados por hipertensión endocraneal, como el seudotumor cerebri, del que la única manifestación clínica puede ser el papiledema⁶.

Se pone de manifiesto que existe una aceptación y un cumplimiento generalizado del protocolo por parte de los pediatras, por lo que se puede afirmar su utilidad para la práctica diaria. No obstante, se debería insistir en la implicación en su seguimiento por parte de los médicos de familia que realicen su labor asistencial con niños, para optimizarla. Ante esta situación, la unidad de urgencias de pediatría se ha puesto en contacto con la unidad docente de medicina de familia para intentar introducir mejoras en la práctica clínica, planteando 2 posibles actuaciones que pueden aplicarse de manera conjunta: prolongar su rotatorio en urgencias del hospital infantil y concienciar sobre la necesidad de conocer los protocolos básicos de la unidad de urgencias.

El *audit* médico es necesario para que los clínicos reciban información sobre su propia práctica, a fin de detectar sus

Tabla 1 Grado de cumplimentación de los criterios de calidad en cada grupo

Criterio de calidad	Estándar	Grupo 1, febrero de 2005 (n = 33)		Grupo 2, mayo de 2005 (n = 38)		Grupo 3, septiembre-diciembre de 2007 (n = 30)	
		%	Intervalo*	%	Intervalo*	%	Intervalo*
Constancia del registro de la PA	90	81,8	94,8–68,8	65,8	80,9–50,7	80,0	94,1–65,9
Constancia del fondo de ojo	90	51,5	68,5–34,5	71,1	86,1–57,3	63,3	80,4–46,2
Constancia de la indicación terapéutica de primera línea	95	69,7	84,1–54,3	81,6	93,8–69,4	96,6	100–90,3
Constancia de la exploración de signos meníngeos	95	93,9	100–86,2	92,1	100–83,8	90,0	100–79,1

PA: presión arterial.
*p < 0,05.

posibles deficiencias y proponer las recomendaciones oportunas^{7,8}. Trabajos como éste son una muestra de la utilidad de la implantación de un proceso de monitorización continua, asumiendo que la mejora de la calidad no tiene un punto final.

Bibliografía

- López-Pisón J, Rebagé V, Arana T, Baldellou A, Arcauz P, Peña-Segura JL. Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional. II. Motivos de consulta. *Rev Neurol*. 1997;25:1685–8.
- Medina LS, Kuntz KM, Pomeroy S. Children with headache suspected of having a brain tumor: A cost-effectiveness analysis of diagnosis strategies. *Pediatrics*. 2001;108:255–63.
- Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2002;59:490–8.
- Fernández B, Muñoz M, Peña JL, Fernández C, Campos C, López-Pisón J. Estrategia diagnóstica-terapéutica de las cefaleas en Urgencias Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*. 2004;34:69–71.
- García Oguiza A, Manjón Llorente G, López-Pisón J, García Mata JR, García Jiménez MC, Campos Calleja C, et al. Valoración del cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de cefaleas en urgencias. *An Pediatr*. 2007;66:625–34.
- Salman MS, Kirkham FJ, MacGregor DL. Idiopathic “benign” intracranial hypertension: case series and review. *J Child Neurol*. 2001;16:465–70.
- Luaces C, Benito J, Ferrés F, González A, Sebastián V. Indicadores pediátricos para medir la calidad de la atención sanitaria. En: *Serveis d’urgències: indicadors per mesurar els criteris de l’atenció sanitària*. Barcelona: Agència d’Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat social, Generalitat de Catalunya; 2001.
- Tejero González JM, Fernández Martín J, Rodríguez Díaz C, Gutiérrez Fernández R. Auditorías de la calidad en instituciones sanitarias. La auditoría operativa como instrumento de evaluación de la calidad en centros sanitarios del SESCOAM. *Auditoría Pública*. 2005;36:61–70.

L. Monge-Galindo^a, R. Pérez-Delgado^a, J. López-Pisón^{a,*}, M.C. García-Jiménez^b, C. Campos-Calleja^b, J.L. Peña-Segura^a y J.R. García-Mata^c

^aUnidad de Neuropediatría, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

^bUnidad de Urgencias de Pediatría, Grupo de Calidad de Urgencias Pediátricas, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

^cUnidad de Calidad Asistencial, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jllopezpi@salud.aragon.es (J. López-Pisón)