



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED  
CEFALEA EN EL ADULTO  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
2017-2020**

<p><b>Elaborado Por:</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Dr. Arturo Escobar Salazar</b>  <b>Médico Neurólogo</b>  <b>Unidad de Neurología Hospital</b>  <b>Ernesto Torres Galdames</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Dr. José Luis Lineros González</b>  <b>Médico EDF</b>  <b>CESFAM Cirujano Aguirre</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Dr. Jaime Bravo Marambio</b>  <b>Médico EDF</b>  <b>CESFAM Cirujano Aguirre</b></p>	<p><b>Revisado Por:</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Dra. Paloma Ly Sánchez</b>  <b>Médico Cirujano EDF</b>  <b>Subdirección Gestión</b>  <b>Asistencial</b>  <b>Servicio de salud Iquique</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Yukiko Kuwahara A.</b>  <b>Encargada de Calidad</b>  <b>Servicio de Salud Iquique</b></p> <p><i>[Signature]</i>  <b>Carolina Perez Rebolledo</b>  <b>Departamento Planificación</b>  <b>Servicio de Salud Iquique</b></p>	<p><b>Aprobado Por:</b></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dra. Maria Vera Zamora</b>  <b>Directora T y P</b>  <b>Servicio Salud de Iquique</b></p> <p><i>[Circular Stamp: MINISTERIO DE SALUD, SERVICIO DE SALUD IQUIQUE, DIRECTOR]</i></p>
<p><b>Fecha elaboración:</b>  <b>Julio 2017</b></p>	<p><b>Fecha revisión:</b>  <b>Julio 2017</b></p>	<p><b>Fecha próxima revisión:</b>  <b>Julio 2020</b></p>

		Edición: Segunda
		Fecha: Julio, 2017
		Páginas: 2 de 11
		Vigencia: 3 años

## INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.....

INTRODUCCIÓN.....

MAPA DE RED .....

OBJETIVOS.....

ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....

RESPONSABLES.....

POBLACIÓN OBJETIVO.....

DEFINICIONES.....

CONTEXTO CLÍNICO.....

DESARROLLO DE FLUJO.....

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....

PLAN DIFUSIÓN.....

DISTRIBUCIÓN.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

	<b>PROTOCOLO</b> <b>CEFALEA EN EL ADULTO</b> <b>SERVICIO DE SALUD IQUIQUE</b>	Código: RCR- NEU- 001
		Edición: Segunda
		Fecha: Julio,2017
		Páginas: 3 de 11
		Vigencia: 3 años

### 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

### 2. INTRODUCCIÓN.

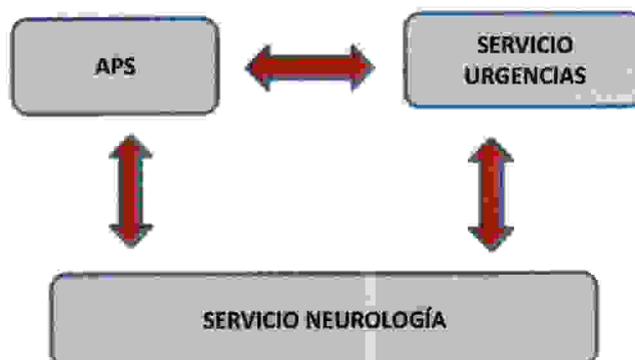
La incidencia anual de algún tipo de dolor de cabeza en la población general puede alcanzar hasta un 80%, buscando atención sólo un 5% de estos pacientes.

La cefalea se encuentra entre las 10 causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria en países desarrollados.

La cefalea es uno de los síntomas más prevalentes en los servicios de Urgencias y consulta médica en atención primaria (APS). Sin embargo, la mayoría de médicos generales que trabajan en dichos servicios, poseen una formación limitada en la atención a la cefalea y, en general, deben proceder a la toma de decisiones sin el soporte de un especialista en Neurología.

Con la intención de mejorar la atención de los pacientes que acuden a consultar, se ha elaborado este protocolo, que pretende ayudar a realizar un mejor diagnóstico y tratamiento de la cefalea en atención primaria, así como también hacer más eficiente la derivación al nivel secundario o terciario de la Red.

### 3 . MAPA DE RED



		Edición: Segunda
		Fecha: Julio, 2017
		Páginas: 4 de 11
		Vigencia: 3 años

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso normado de diagnóstico y manejo de las cefaleas, con una integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de derivación oportuna frente a pacientes con cefalea en estudio.
- Optimizar los recursos físicos, técnicos y profesionales.
- Disminuir las listas de espera, al derivar patologías que requieran de una atención secundaria o terciaria.
- Atención precoz y oportuna de patologías que lo requieran.
- Evitar complicaciones o secuelas por atención tardía.

#### **5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente. A nivel primario de atención en salud corresponde el tamizaje, diagnóstico y derivación oportuna a nivel secundario y terciario de pacientes. Al nivel secundario y terciario de atención en salud corresponde el manejo y seguimiento de dichos pacientes.

#### **6. RESPONSABLES.**

##### **6.1.- RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN**

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista neurólogo adulto o infantil es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS, si corresponde.
- Médico especialista hospitalario en especial neurocirujano, deriva en forma oportuna al neurólogo, en cefalea de reciente comienzo, menos de 3 meses.

	<b>PROTOCOLO CEFALEA EN EL ADULTO SERVICIO DE SALUD IQUIQUE</b>	Código: RCR- NEU- 001
		Edición: Segunda
		Fecha: Julio,2017
		Páginas: 5 de 11
		Vigencia: 3 años

## 6.2.- RESPONSABLES DE SU EVALUACIÓN

- Médico interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia e informar al Jefe CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

## 7. POBLACIÓN OBJETIVO

El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier sexo y edad que presenten cefalea con los datos que se consideren relevantes para realizar la derivación a especialidad y que estos síntomas afecten o perturben las actividades de la vida diaria del paciente, cefalea continua.

## 8. DEFINICIÓN

Cefalea: "dolor de cabeza", corresponde a cualquier dolor que abarque desde la región frontal, craneal, hasta la región cervical o craneo facial. Queda fuera de esta definición el dolor facial o "algia craneofacial" aislada.

## 9. CONTEXTO CLÍNICO

- La anamnesis es la clave para el diagnóstico de la cefalea en atención primaria en la mayoría de los casos.
- El médico que se enfrenta a un paciente con cefalea debe determinar, en primer lugar, si se trata de una cefalea primaria (como la migraña) o una cefalea secundaria (sintomática de otro proceso).
- La anamnesis básica de un paciente con cefalea debe incluir obligatoriamente el motivo de consulta, la enfermedad actual y los antecedentes personales y familiares.

### Anamnesis básica de la Cefalea:

#### 9.1. Motivo de consulta:

- Edad
- Forma de instauración
  - Súbita: el dolor alcanza su peak en menos de 1 minuto
  - Progresiva
- Antecedentes de episodios de cefalea anteriores

		Edición: Segunda
		Fecha: Julio, 2017
		Páginas: 6 de 11
		Vigencia: 3 años

## 9.2. Enfermedad actual/anamnesis dirigida:

Edad de comienzo y tiempo de evolución.

Inicio: niñez, juventud, madurez, ancianidad.

- Cefaleas crónicas o recurrentes
- Cefaleas agudas o recientes progresivas
- Cambio reciente de una cefalea crónica

Instauración:

- Súbita, gradual
- Tiempo hasta el peak

Prodromos

- Visual, somestésico focal, confusión, trastornos del lenguaje.

Frecuencia:

- Diaria, semanal, mensual.
- Alternancia crisis-remisiones

Localización:

- Focal, hemicraneal, holocraneal, frontal, occipital, orbitaria.
- Cambios de localización durante la evolución.

Duración:

- Segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.

Horario:

- Matutina, vespertina, nocturna, hora fija

Cualidad:

- Pulsátil, terebrante, urente, lancinante, opresiva.

Intensidad:

- Leve, moderada o intensa (Se puede utilizar escala de cuantificación numérica Del 1 al 10).
- Perturba la vida diaria, despierta por la noche.

Factores agravantes o desencadenantes:

- Ejercicio físico, calor, comidas, maniobras de valsalva (coito y tos), posiciones de la cabeza, alcohol, relación a la menstruación, anticonceptivos, tacto sobre la "zona gatillo".

Remisión:

- Brusca, progresiva, permanente desde el inicio.
- Situaciones que alivian la cefalea: medicaciones, sueño, decúbito.

Respuestas a medicamentos

Síntomas asociados a la cefalea:

- Náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis comiciales, etc.

Síntomas autonómicos:

- Presencia de ptosis palpebral, miosis, lagrimeo, rinorrea, enrojecimiento conjuntival.

## 9.3. Antecedentes personales y tratamiento habitual.

## 9.4. Antecedentes familiares con especial hincapié en antecedentes de Cefalea.



**PROTOKOLO**  
**CEFALEA EN EL ADULTO**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- NEU- 001

Edición: Segunda

Fecha: Julio, 2017

Páginas: 7 de 11

Vigencia: 3 años

En las Cefaleas primarias es importante preguntar por los antecedentes familiares de migraña y recoger el resto de antecedentes personales. En mujeres, debe preguntarse la fase del ciclo menstrual en que se encuentra y el uso de anticonceptivos. Es también imprescindible conocer el tratamiento habitual, y el uso de fármacos con potencial efecto vasodilatador (que podrían provocar migraña). Además es importante preguntar por las alteraciones del sueño: calidad de descanso, presencia de apneas y/o bruxismo. Cefalea en trueno, (thunder headache) la más intensa de su vida, invalidante, derivación inmediata al servicio de urgencia.

**Cefalea aguda de reciente comienzo:** en la que se incluyen las cefaleas de inicio súbito o rápidamente progresivo.

En general se trata de cefaleas de intensidad grave y sin antecedentes previos de episodios similares. Con gran probabilidad se deberá a una cefalea secundaria.

**Cefalea aguda recurrente:** el inicio del dolor es agudo o subagudo (excepcionalmente súbito), la intensidad moderada o grave y habitualmente existen antecedentes de episodios similares previos. Con gran probabilidad se deberá a una cefalea primaria.

**Cefalea crónica (progresiva o no):** Las cefaleas de curso subagudo o crónico pueden ser primarias o secundarias.

En general, si el curso es progresivo hay una mayor probabilidad de que la causa sea secundaria.

**Neuralgia:** dolor lancinante de breve duración en el territorio de un nervio determinado. La causa puede ser primaria o secundaria.

**Criterios de alarma obtenidos a partir de la Anamnesis:**

**1. Epidemiológicos:**

- Cefalea reciente en mayores de 50 años
- Cefalea reciente en paciente con neoplasia
- Cefalea reciente en paciente con inmunodepresión
- Cefalea reciente en paciente anticoagulado o con diátesis hemorrágica
- Cefalea reciente en pacientes con poliquistosis renal, conectivopatías, antecedentes familiares de hemorragia subaracnoidea.

**2. Evolutivos**

- Cefalea persistente en paciente sin historia de cefalea habitual
- Cefalea reciente que empeora progresivamente
- Cefalea que aparece durante el sueño (excluidas migraña, cefalea en racimos e hipónica)
- Cambio llamativo y reciente de las características de una cefalea primaria previa, sin causa aparente.

**3. Clínicos**

- Inicio súbito
- Cefalea brusca explosiva, o con inicio tras esfuerzo o maniobra de Valsalva.
- Vómitos recurrentes no explicados por migraña o "en escopetazo"
- Alteración del estado mental o del nivel de conciencia
- Síntomas neurológicos focales
- Crisis epilépticas

		Edición: Segunda
		Fecha: Julio, 2017
		Páginas: 8 de 11
		Vigencia: 3 años

**Diagnóstico Sindromático de acuerdo con el perfil temporal del dolor:**

**1. Cefalea aguda de reciente comienzo**

- Hemorragia subaracnoidea
- Meningitis/Meningoencefalitis aguda
- Ictus (hemorragia intraparenquimatosa, disección arterial)
- Primer episodio de cefalea primaria (migraña)

**2. Cefalea aguda recurrente**

- Migraña
- Cefaleas trigémino-autonómicas

**3. Cefalea crónica progresiva**

- Tumor cerebral
- Hematoma subdural,
- Trombosis venosa cerebral
- Hipertensión intracraneal idiopática.

**4. Cefalea crónica no progresiva**

- Migraña crónica
- Cefalea por abuso de fármacos
- Cefalea tensional crónica
- Cefalea diaria persistente de novo
- Hemicránea continua

**5. Neuralgias**

- Neuralgia del trigémino



**PROTOCOLO**  
**CEFALEA EN EL ADULTO**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- NEU- 001

Edición: Segunda

Fecha: Julio, 2017

Páginas: 9 de 11

Vigencia: 3 años

## **10. DESARROLLO DE FLUJO**

### **10.1 Derivación oportuna desde APS a Policlínico de Neurología Consultorio de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Cefalea persistente con más de un episodio por semana, pese a tratamiento farmacológico probado, con a lo menos dos esquemas diferentes (evitar ergotamínicos), por un mínimo de 3 meses.
- Cefalea continua de días, por lo menos una semana, sin antecedentes
- Cefalea que afecta siempre a la misma zona.
- Cefalea cuya magnitud interrumpa el sueño.
- Cefalea con aura sensitiva o motora. Cefalea asociada a baja de peso, pérdida de agudeza visual
- Cefalea y antecedentes familiares de malformación arterio-venosa, aneurisma y tumor cerebral.
- Cambio en las características de la cefalea.
- Cefalea de inicio tardío, después de 25 años.
- Cefalea en embarazo.
- Cefalea post TEC continua.
- Cefalea asociada con un marcador de laboratorio, inflamatorio.

### **10.2 Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Cefalea violenta muy invalidante, derivación inmediata a urgencia.
- Cefalea asociada a: cambio del sensorio, lesiones de pares craneales, focalización, signos meníngeos, edema papilar, fiebre (sin otro foco que la explique, presencia de lesiones cutáneas).
- Cefalea y convulsiones.
- Cefalea en pacientes de riesgo (inmunosuprimidos, usuarios de anticoagulantes).
- Cefalea asociada a fiebre.

### **10.3 Exámenes solicitados por médico APS previo a derivación:**

- Hemograma – VHS
- Perfil bioquímico
- Estudio de coagulación
- Orina Completa
- TSH
- EMPA, EPAM, PAP, Mamografía, según atingencia.

### **10.4 Documentos emitidos por el médico tratantes de APS:**

El médico de APS, deberá realizar documento de interconsulta vía sistema Rayen o según corresponda en cada establecimiento (formulario oficial de Solicitud de interconsulta ).

- Información del paciente (Nombre completo, RUT, dirección, edad, teléfono)
- Anamnesis completa
- Examen físico: específico y general según corresponda.
- Exámenes solicitados
- Tratamiento previo
- Nombre completo del profesional tratante, RUT, firma y timbre.

		Edición: Segunda
		Fecha: Julio, 2017
		Páginas: 10 de 11
		Vigencia: 3 años

- Timbre médico Interfaz si procede.

#### **10. 5 Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología:**

- Cefalea continua de por lo menos dos semana
- Cefalea que interfiere con el sueño, cefalea del despertar muy recurrente.
- Cefalea acompañada de aura sensitiva o motora, trastorno en la marcha
- Cefalea con nauseas o vómitos a repetición.
- Cefalea en paciente con deterioro rápidamente progresivo.
- Pacientes con prioridad según criterios establecidos, deberán ser evaluados en poli de Neurología en un plazo no mayor a 30 días.
- Pacientes sin prioridad según criterios establecidos, deberán ser evaluados en poli de Neurología en un plazo no mayor a 60 días.

#### **10.6 Conducta a seguir por parte del médico especialista:**

Evaluación exhaustiva y completar estudio si procede.

#### **10.7 Contrarreferencia:**

Una vez realizado el planteamiento diagnóstico por el especialista e iniciada la terapia, se solicita el retiro de fármaco en su establecimiento de APS (si procede) y control en 1 a 3 meses en atención secundaria, y una vez corroborada la buena respuesta a tratamiento, se realizará la contrarreferencia definitiva a APS, indicando confirmación diagnóstica, tratamiento farmacológico específico y duración, exámenes complementarios y controles posteriores según corresponda.

El médico especialista deberá señalar su nombre, RUT y firma en cada contrarreferencia

#### **10.8 .Tiempos de resolución :**

- 4 meses.

#### **11 Metodología de evaluación**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director (a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de red Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.
- Referente de Referencia y Contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique, es responsable de mantener la comunicación entre interfaces de nivel primario y secundario para de esta forma facilitar el trabajo coordinado y basado en los protocolos existentes entre los distintos niveles de atención.



**PROTOCOLO  
CEFALEA EN EL ADULTO  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR- NEU- 001

Edición: Segunda

Fecha: Julio, 2017

Páginas: 11 de 11

Vigencia: 3 años

## 12. Plan de difusión

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollará paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin de realizar un plan de difusión e implementación se realizarán las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizará una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo el año 2020.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario.

## 13 . Distribución:

- Dirección, Servicio de Salud Iquique.
- Dirección, Hospital Ernesto Torres Galdames
- Subdirección médica, Hospital Ernesto Torres Galdames
- Oficina de seguridad y calidad del paciente, Hospital Ernesto Torres Galdames
- CR Medicina, Hospital Ernesto Torres Galdames
- Consultorio adosado a especialidades (CAE), Hospital Ernesto Torres Galdames
- Policlínico Neurología, Hospital Ernesto Torres Galdames
- Subdirección de gestión asistencial, Servicio de Salud Iquique
- Oficina de calidad, Servicio de Salud Iquique
- Red de atención primaria salud, región de Tarapacá.
- Departamento de planificación y control, Servicio de Salud Iquique.

## 14. Bibliografía:

1. Sánchez del Río M, Medrano V, Pozo P, Ruiz L, Torres M. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Ezpeleta D, Pozo P, editores. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. 2015. Madrid: Luzán 5; 2015. p. 35-57.
2. Lainez JM, Pascual J, Velasco F, Zarranz JJ. Capítulo 9: cefaleas y algias craneofaciales. Neurología. Zarranz JJ, editor. 5ª ed. Barcelona. Madrid: Ed. Elsevier; 2013. p. 111-36.
3. Molina FJ. Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. En: Migraña y otras cefaleas. Mateos V, editor. Madrid: Elsevier Masson; 2011. p. 31-62.
4. US Headache Consortium. <http://www.aafp.org> y <http://www.neurology.org> (Última visita el 19 de octubre de 2016).
5. British Association for the Study of Headache. <http://www.bash.org.uk>
6. "Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016".
7. Manual de Neurología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, disponible en <http://www.puc.cl>
8. Evaluation of headache in adults, UpToDate, 2016.
9. Headache causes and diagnosis in adults, UpToDate, 2017.