



PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 1 de 12
Próxima revisión: 2019

DIRECCION SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

CEFALEA DEL ADULTO

PROTOCOLO DE MANEJO Y DERIVACION EN ESTABLECIMIENTOS DE
MENOR COMPLEJIDAD A NIVEL DE ESPECIALIDAD

SUBDIRECCION DE GESTION ASISTENCIAL
AÑO 2016

ELABORADO POR:
E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

REVISADO POR:
Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Agosto 2016

APROBADO POR:
Dra. Luz Marina Urrutia Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Octubre 2016

 Servicio de Salud Coquimbo Ministerio de Salud	PROTOCOLO DE DERIVACION CEFALEA DEL ADULTO SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Edición : 2
		Fecha : 2016
		Página : 2 de 12
		Próxima revisión: 2019

CONTENIDO

- I. COMISIÓN REVISORA SS
- II. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
- III. INTRODUCCIÓN
- IV. MAPA DE DERIVACIÓN
- V. OBJETIVO GENERAL
- VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- VII. ÁMBITOS DE APLICACIÓN
- VIII. POBLACIÓN OBJETIVO
- IX. DEFINICIÓN
- X. DIAGNÓSTICO
- XI. MANEJO A NIVEL PRIMARIO
- XII. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO
- XIII. CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
- XIV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- XV. PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED
- XVI. BIBLIOGRAFÍA
- XVII. ANEXO

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 3 de 12
Próxima revisión: 2019

I. COMISIÓN REVISORA SS:

- Jefe Subdepto. Integración de la Red ,DSS Coquimbo
- Encargada Referencia y Contra referencia, DSS Coquimbo
- Jefe Subdepto. APS ,DSS Coquimbo

II. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: el documento que se desarrolla a continuación está determinado por un valor primario, definido por razones profesionales o éticas, sin influencia de un segundo interés. Es por esto, que se declara que no se usan incentivos de cualquier índole, dirigidos a los profesionales que elaboran, revisan y utilizan este protocolo. Así mismo no se utilizan marcas comerciales de productos farmacológicos.

III. INTRODUCCIÓN:

Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Se calcula que casi la mitad de los adultos han sufrido por lo menos una cefalea en el último año. Las cefaleas, que se caracterizan por un dolor de cabeza recurrente, se acompañan de problemas personales y sociales como el dolor, la discapacidad, el deterioro de la calidad de vida y las pérdidas económicas.

Dentro de la Lista de Espera de Consultas Nuevas de especialidad de Neurología, un volumen importante lo conforman SIC con diagnósticos de Cefalea, que además mantienen un tiempo de espera prolongado y no constituyen un diagnóstico que se priorice.

IV. MAPA DE DERIVACIÓN EN RED:

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		ESTABELCIMIENTO DE DESTINO	UNIDAD DE DESTINO
PROVINCIA	COMUNA		
ELQUI	La Serena	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA SERENA	POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA
	Vicuña		
	La Higuera		
	Paihuano	HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO	
	Coquimbo		
	Andacollo		
LIMARI	Ovalle	HOSPITAL DR. ANTONIO TIRADO LANAS DE OVALLE	POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA
	Monte patria		
	Combarbala		
	Punitaqui		
	Rio hurtado		
CHOAPA	Illapel	HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO	POLICLÍNICO DE NEUROLOGÍA
	Salamanca		
	Los Vilos		
	Canela		

V. OBJETIVO GENERAL:

Optimizar la pertinencia en la referencia, de pacientes con Cefalea, desde los establecimientos de APS a los establecimientos de especialidad de la Red Asistencial de la Región de Coquimbo.

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 4 de 12
Próxima revisión: 2019

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar los criterios de manejo en el nivel primario de atención, de pacientes con diagnóstico de Cefalea.
- Establecer criterios de derivación estandarizados hacia el nivel de especialidad de Neurología.

VII. AMBITOS DE APLICACIÓN:

- Médicos de Departamentos de Salud de la región
- Médicos EDF de hospitales de mediana y baja complejidad
- Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario
- Hospitales de referencia.
- Coordinadores Técnicos de Departamentos de Salud Municipal

VIII. POBLACION OBJETIVO:

- Población beneficiaria de FONASA que accede a prestaciones de salud en el nivel primario de atención, con diagnóstico de Cefalea.

IX. DEFINICIÓN:

CEFALEA:

Cefalea significa "dolor de cabeza". Se considera cualquier dolor que abarque desde la región cervical, craneal hasta la región frontal, quedando afuera el dolor facial que corresponde a la "algia craneofacial".

En un año hasta el 80% de la población puede presentar algún tipo de dolor de cabeza, pero solo un 5% busca atención médica.

La mayoría de las cefaleas recurrentes corresponden a cefaleas benignas crónicas, quedando un porcentaje menor para aquellas cefaleas de origen orgánico.

ETIOPATOLOGIA:

En las cefaleas primarias, la etiología se fundamenta en la hiperreactividad del sistema trigémino vascular, donde, mediado por múltiples factores gatillantes, se genera la estimulación de las terminaciones trigeminales periféricas vasculares y la liberación de sustancias proinflamatorias, determinando la vasodilatación difusa y el dolor. En aquellas cefaleas primarias de perfil tensional, el dolor se fundamenta en las alteraciones craneales musculares y articulares.

En las cefaleas secundarias, existen variadas etiologías desde el abuso de analgésico, procesos infecciosos craneales, traumatismos encefálicos, tumores, etc., siendo las características de la cefalea variables según la localización y tipo de la lesión.

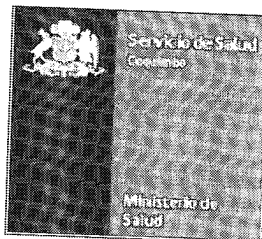
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La clasificación internacional de las cefaleas del año 2005, de la Sociedad Internacional de Cefalea, es la validada hasta la actualidad. Esta clasificación se organiza en dos grupos:

1. Cefaleas primarias:

- Migraña.

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 5 de 12

Próxima revisión: 2019

- Cefalea tensional o tipo tensional.
- Cefalea en racimo y otras trigémino autonómicas.
- Otras cefaleas primarias (cefalea hípica, pica hielo, orgásmica)

2. Cefaleas secundarias:

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal y cervical.
- Cefalea atribuida a trastornos vasculares craneales o cervicales.
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal de origen no vascular.
- Cefalea atribuida a la ingesta de una sustancia o a su supresión.
- Cefalea atribuida a infección.
- Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.
- Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o craneal.
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.

X. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de las cefaleas se centra en el enfoque clínico anamnésico que se completa con el examen físico general y neurológico. El estudio de laboratorio general puede ayudar en el descarte de cefaleas secundarias. El apoyo con TC de cerebro o RNM de cerebro queda reservado para sospecha de cuadro secundario y se realizara a nivel terciario.

En la anamnesis es fundamental para el correcto diagnostico obtener:

- Edad de comienzo de los síntomas.
- Tiempo de evolución y forma de inicio.
- Patrón de recurrencia.
- Frecuencia y duración.
- Localización
- Carácter del dolor.
- Hora del día.
- Intensidad y grado de discapacidad.
- Síntomas premonitorios, gatillos y atenuantes.
- Tratamientos previos (indicados o no y cantidad de fármacos).
- Historia familiar.

Es fundamental complementar la anamnesis con el examen físico, explorando la existencia de signos de alarma (bandejas rojas), que hagan altamente sugerente de cefalea secundaria.

Síntomas de alarma:

- Aparición brusca de una nueva cefalea.
- Empeoramiento progresivo de la cefalea.
- Síntomas asociados como: somnolencia, confusión, falta de equilibrio, fiebre, trastornos visuales, etc.
- Aparición de cefalea después de los 50 años.

ELABORADO POR:

E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

REVISADO POR:

Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

APROBADO POR:

Dra. Luz Marina Urzúa Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Dirección de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

Fecha: Agosto 2016

Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 6 de 12
Próxima revisión: 2019

- Cefalea asociada a TEC reciente.
- Cefalea asociado a ejercicio, tos y esfuerzo.

Signos de alarma:

- Fiebre.
- Hipertensión arterial severa.
- Sopor y/o confusión.
- Signos meníngeos.
- Edema de papila al fondo de ojo.
- Cualquier focalidad neurológica.

Se puede diferenciar 2 grupos para definir los signos de alarma, en mayores y menores:

Signos de Alarma Mayores:

Inicio de "la peor cefalea de la vida"

Asociada a :

- Focalidad, convulsión.
- Compromiso de conciencia.
- Signos meníngeos.
- Edema de papila.
- Cambios de personalidad.

Signos de Alarma Menores:

- Inicio en mayores de 50 años.
- Cefalea progresiva.
- Cefalea que lo despierta en la noche.

Los criterios diagnósticos para las cefaleas primarias más frecuentes, según la clasificación internacional de las cefaleas del año 2005 son:

A. Migraña: a lo menos 5 crisis que cumplan con los siguientes criterios:

- Duración de 4 a 72 horas(sin uso de analgésicos)
- Cefalea con las siguientes características:
 - Unilateral
 - Pulsátil.
 - Moderada a severa.
 - Se agrava con la actividad física
- Que durante la cefalea presente una de las características:
 - Nauseas y/o vómitos.
 - Fotofobia y sonofobia.
 - No atribuida a otra enfermedad.

B. Cefalea tipo tensional:

- Cefalea que dura de 30 minutos a 7 días.

ELABORADO POR:

E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

REVISADO POR:

Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Agosto 2016

APROBADO POR:

Dra. Luz Marina Urzúa Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Dirección de Salud Coquimbo

Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 7 de 12
Próxima revisión: 2019

- Cefalea que presenta a lo menos 2 de las siguientes características:

- Bilateral.
- Opresiva.
- Leve a moderada.
- No se agrava con actividad física de rutina.

- Ambas de las siguientes:

- Ni náuseas, ni vómitos (puede presentar anorexia).
- Solo 1, entre fotofobia y sonofobia.
- No atribuible a otra enfermedad.

Dentro de lo criterios diagnósticos para las cefaleas secundarias, destaca la por abuso de fármacos, siendo la cefalea secundaria más frecuente (llegando al 4% del total), y la causa más frecuente de cefalea crónica.

C. Cefalea inducida por abuso de fármacos (analgésicos, opioides, ergotaminas)

- Cefalea presente durante más de 5 días al mes.
- Abuso regular durante más de 3 meses de uno o más fármacos que pueden tomarse para tratamiento agudo o sintomático de la cefalea.
- La cefalea se ha desarrollado o empeorado marcadamente durante el abuso del fármaco.
- La cefalea se resuelve o revierte a su patrón previo en 2 meses tras la interrupción del fármaco objeto del abuso.

D. Cefalea post Traumatismo Encéfalo craneano (TEC): se inicia horas a días después del TEC (hasta 7 días). El dolor agudo obliga a descartar lesión intracraneana von TC cerebro C(on ventana ósea. El dolor tardío es parte del síndrome post contusión de cráneo, su duración es variable, y se resuelve antes de 6 meses. Se relaciona a sobreuso de analgésicos y a un componente tensional. Se maneja con educación, uso racional de analgésicos y puede considerarse el uso de Amitriptilina o Flunarazina dependiendo de las características clínicas.

E. Cefaleas secundarias: con lesión de las estructuras intra o extracraneanas. Ej.: tumor cerebral, meningitis, hemorragia subaracnoidea, sinusitis, influenza. La causa debe ser manejada como principal objetivo de tratamiento. En casos de cefalea agudo, sin historia de dolor previa, se debe realizar evaluación rigurosa para descartar hipertensión endocraneana y evaluación rigurosa para descartar hipertensión endocraneana y evaluar la presencia de signos meníngeos (presentes en infección sistema nervioso central y hemorragia subaracnoidea). Estos casos deben ser evaluados en **Urgencias**.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos diferenciales en cefalea son variados, principalmente se debe clarificar entre los cuadros primarios y secundarios, descartando las cervicalgia y algias faciales como la neuralgia trigémina, cuyo enfoque diagnóstico y terapéutico es diferente.

XI. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRATAMIENTOS

Enfocado principalmente en el grupo de las cefaleas primarias, el tratamiento se puede dividir en el manejo de la crisis

ELABORADO POR:

E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

REVISADO POR:

Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

APROBADO POR:

Dra. Luz Marina Urzúa Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Dirección de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

Fecha: Agosto 2016

Fecha: Octubre 2016

	PROTOCOLO DE DERIVACION CEFALEA DEL ADULTO SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO		Edición : 2
			Fecha : 2016
			Página : 8 de 12
			Próxima revisión: 2019

aguda y el tratamiento de prevención o profilaxis.

A. TRATAMIENTO DE LA CRISIS AGUDA DE CEFALEA.

Los objetivos principales para el tratamiento agudo son:

- Alivio sintomático rápido y sin recurrencia.
- Restaurar la capacidad funcional.
- Minimizar el uso de medicamentos de refuerzo o de rescate.
- Optimizar las destrezas del paciente para el autocuidado.
- Ser costo-efectivo en todo el manejo.
- Minimizar o evitar los efectos adversos.

Esquema de tratamientos:

1) Crisis de cefaleas leves y moderadas sin náuseas ni vómito:

- Analgésicos como: Paracetamol 1 gramo vía oral.
 - Antiinflamatorios no esteroideos como: Clonixinato de lisina 125 mg vía oral, Diclofenaco sódico 75 mg IM. Como alternativa se puede usar Ibuprofeno 400 mg vía oral.
- *Con educación de uso limitado de fármacos.

2) Crisis de cefaleas moderadas o severas con náuseas y vómitos:

Si no existe respuesta favorable con los fármacos antes descritos, se sugiere el manejo en Servicios de Urgencia de la Red (SAPU, SUR y Servicios de Urgencia de Hospitales comunales), que cuenten con médico para indicar:

Hidratación parenteral.

Analgésico tipo AINE: como Diclofenaco 75 mg IM u otro.

Antiemético: como Metoclopramida 10 mg IM o EV.

Corticoides: como Betametasona 4 mg EV.

Se puede complementar tratamiento con Clorpromazina 25 mg IM (como antiemético).

3) Status Migrañoso:

Seguir esquema anterior, con sugerencia de extensión de uso de corticoides por 3 días, por VO.

Si el cuadro de crisis de migraña severa, es refractario a analgésicos y su duración es superior a las 72 horas, en estos casos siempre se debe evaluar la posibilidad de hospitalización en los Hospitales de Menor Complejidad de la Red Asistencial y observación por 2 horas. Si persiste derivar a uno de Mayor Complejidad.

4) Cefalea por abuso de ergotaminas:

Seguir esquema anterior, con sugerencia de extensión de uso de corticoides por 3 días, por VO.

Si la crisis es severa o duración es superior a las 72 horas, en estos casos siempre se debe evaluar la posibilidad de hospitalización en los Hospitales de Menor Complejidad de la Red Asistencial y observación por 2 horas. Si persiste derivar a uno de Mayor Complejidad.

5) Cefalea post TEC: primera atención en Urgencias, con indicaciones de vigilancia de evolución de TEC.

TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN:

En la profilaxis de una cefalea primaria es de prioridad definir si se trata de cuadro de perfil tensional o migrañoso, aplicando los criterios diagnósticos actualizados.

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 9 de 12

Próxima revisión: 2019

Esquemas de tratamientos (Profilaxis)

- a. Amitriptilina 12,5 a 25 mg por noche VO, teniendo precaución con el uso en pacientes mayores.
 - b. Propanolol 20 a 40 mg por día en dos tomas VO, teniendo precaución en pacientes asmáticos y diabéticos.
- Todo tratamiento de profilaxis farmacológicas se debe evaluar su efecto benéfico como mínimo a los 30 a 60 días y con registro objetivo en calendario de las cefaleas, para cuantificar nivel de frecuencia de la crisis.
 - En caso de respuesta favorable, extender tratamiento por 3 a 6 meses.

1) Migraña:

Para definir la necesidad que el paciente tenga la indicación del uso de profilaxis se puede aplicar el test de MIDAS (evaluación de la discapacidad de la migraña):

1. ¿Cuántos días perdió de trabajo, de escuela en los últimos tres meses debido a su cefalea?
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses estuvo reducida su actividad laboral o escolar?
3. ¿Cuántos días no se han realizado las tareas del hogar?
4. ¿Cuántos días ha disminuido la actividad en las tareas del hogar?
5. ¿Cuántos días ha perdido en actividades familiares, de ocio o sociales debido a la cefalea?
6. ¿en los últimos tres meses, cuantos episodios de cefalea ha presentado?
7. En una escala de 0 a 10; 0=ningún dolor a 10= el máximo dolor, puntuaría para sus cefalea.

Posterior a aplica el test, se suma el puntaje obtenido y se diferencia en tres grupos distintos:

Grado 1: puntaje de 0 a 5, migraña leve, sin indicación de uso de profilaxis.

Grado 2: puntaje de 6 a 10, migraña moderada, según el paciente, podría tener indicación de profilaxis.

Grado 3: puntaje mayor a 11 puntos, migraña severa, tiene indicación de uso de profilaxis.

2) Cefalea tipo tensional

El tratamiento preventivo de la cefalea tensional se debe plantear principalmente por el grado de discapacidad y frecuencia de crisis. En este tipo de cefalea debe plantearse tratamiento integral y multidisciplinario (medico, psicólogo, social, dental, etc.)

El fármaco de mayor respuesta es Amitriptilina 12,5 a 25 mg por día y fluoxetina 20 mg por día, cuando existen comorbilidad depresiva.

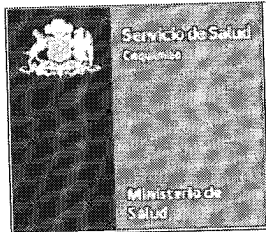
El apoyo psicológico es fundamental y una herramienta terapéutica efectiva.
Si la respuesta es favorable, extender tratamiento por 3 a 6 meses.

3) Cefalea inducida por abuso de analgésicos y ergotaminas:

Cuadro clínico de difícil manejo, por la cronicidad y múltiples esquemas farmacológicos que habitualmente el paciente ya ha utilizado, por lo que se aconseja:

- Suspender fármacos de los cuales se está abusando.
- Estimular las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor.
- Limitar en uso de analgésicos, a no más de 10 comprimidos por mes de antiinflamatorios y 4 comprimidos por mes de ergotamínicos.
- Iniciar profilaxis de cefalea según el perfil del paciente.

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 10 de 12
Próxima revisión: 2019

- Evitar el uso de barbitúricos y opiodes.

XII. CRITERIOS DE REFERENCIA A NIVEL SECUNDARIO

AMBULATORIO

Se derivará con Solicitud de Interconsulta a todo paciente en las siguientes situaciones:

- a. Refractoriedad a tratamiento de las crisis o de profilaxis de una cefalea primaria, con al menos 30 a 60 días de observación con manejo adecuado.
 - b. Sospecha de cefalea secundaria, por presencia de síntomas o signos de alarma menores como:
 - Cefalea de inicio posterior a los 50 años.
 - Cefalea de carácter progresivo.
 - Cefalea de predominio nocturno (descartando abuso de fármacos).
- Se debe especificar en la derivación con indicación de dar prioridad.

*Debe incluir en la derivación: anamnesis básica, antecedentes personales relevantes, estudios realizados, hipótesis diagnóstica, tratamientos planteados en nivel primario y motivo de la derivación.

UNIDAD DE EMERGENCIA

Se derivará con solicitud de interconsulta a todo paciente en las siguientes situaciones:

- Cefaleas asociadas a hipertensión endocraneal.
- Cefalea con sospecha de infección del sistema nervioso central.
- Cefalea asociada a crisis convulsivas.
- Cefalea asociada a compromiso de conciencia.
- Cefalea sugerente de hemorragia subaracnoidea con inicio abrupto ("en trueno") "La peor de todas las cefaleas"

- **TODOS LOS CRITERIOS DEBEN ESTAR REGISTRADOS EN LA INTERCONSULTA.**

XIII. CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA:

Los pacientes dados de alta o con indicación de controles en la especialidad, serán contra referidos a su establecimiento de origen, , especificando diagnóstico, estudio realizado, tratamiento y tiempo de mantención, en los siguientes casos:

- Cuadro clínico clarificado.
- Respuesta favorable a tratamiento.
- Estabilidad por 3 meses.

Los registros de la atención médica por especialista, estarán disponibles en sistema SIDRA. En caso de uso de ficha física, la sugerencia es utilizar el formato SIC el cual debe contener como mínimo y con letra legible para su evaluación:

- Diagnóstico
- Tratamiento médico realizado. En caso de haber estado hospitalizado, se enviara copia de epicrisis.
- Indicaciones de seguimiento en la APS
- Motivos de reevaluación por especialidad.

ELABORADO POR:

E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

REVISADO POR:

Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Agosto 2016

APROBADO POR:

Dra. Luz Marina Urzúa Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Dirección de Salud Coquimbo

Fecha: Octubre 2016

 Servicio de Salud Coquimbo Ministerio de Salud	PROTOCOLO DE DERIVACION CEFALEA DEL ADULTO SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO		Edición : 2
			Fecha : 2016
			Página :11 de 12
	Próxima revisión: 2019		

La contrarreferencia será enviada a APS, a través del encargado de SOME u otro definido.

XIV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

La evaluación de la implementación de este protocolo, será responsabilidad del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud Coquimbo, a través de la aplicación de una pauta de cotejo elaborada para estos efectos a una muestra de SIC seleccionadas desde Repositorio Nacional de Lista de Espera.

La frecuencia de esta evaluación será en cada corte de compromisos de gestión.

a) Indicadores de resultados:

N° de SIC seleccionadas generadas en el establecimiento a la especialidad por cefalea con aplicación de protocolo /N° de SIC seleccionadas generadas en el establecimiento a la especialidad por cefalea

XV. PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED:

- Publicación en página WEB de SS Coquimbo Revisión sistemática con Médicos de APS.
- Se utilizarán reuniones con los médicos triadores de APS que forman parte del Comité Gestión demanda de cada comuna, esto con el fin de que participen en la implementación de estos protocolos, así como también permitan una mejor difusión de estos.
- Jornada de actualización con médicos de APS: Capacitación a realizar una vez aprobados los protocolos, con el fin de difundir y presentar el protocolo a los médicos y profesionales de apoyo de la APS.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

- Guía clínica MINSAL.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de "Cefalea del Adulto", versión 2.0, abril 2015. Servicio de Salud Osorno.
- Protocolos para la referencia y Contrarreferencia de Neurología, Cefalea. Servicio de Salud de Araucanía Norte.

ELABORADO POR: E.U. Mary Cea Rodríguez Enc. Referencia y Contra referencia Servicio de Salud Coquimbo	REVISADO POR: Comisión Servicio de Neurología Hospital San Juan de Dios La Serena Hospital San Pablo Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo	APROBADO POR: Dra. Luz Marina Urzúa Araya Subdirectora Gestión Asistencial Dirección de Salud Coquimbo
Fecha: Julio 2016	Fecha: Agosto 2016	Fecha: Octubre 2016



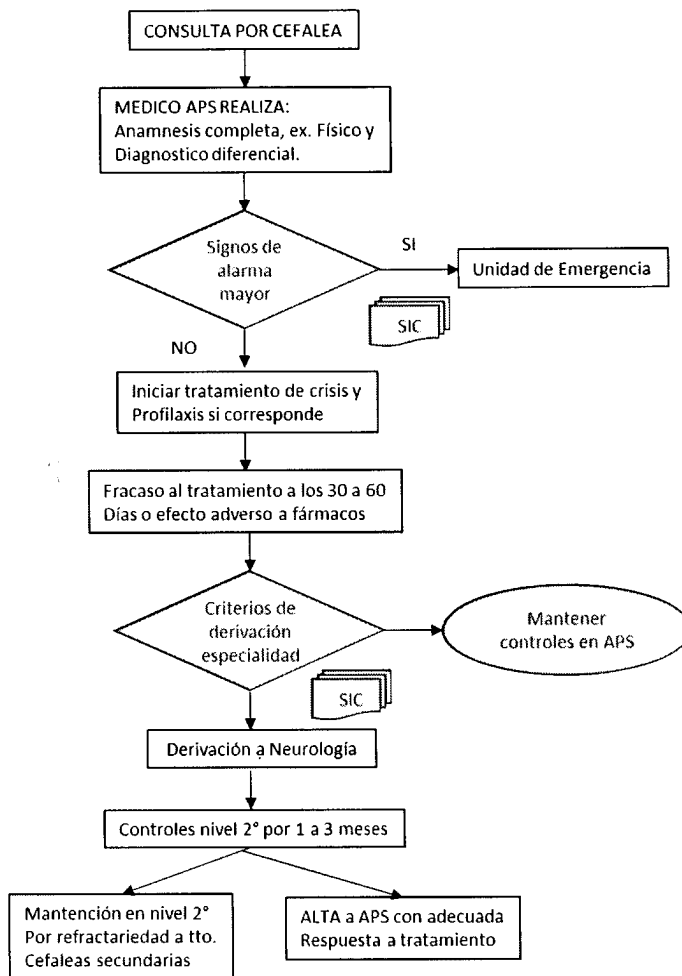
**PROTOCOLO DE DERIVACION
CEFALEA DEL ADULTO
SUBDEPARTAMENTO INTEGRACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Edición : 2
Fecha : 2016
Página : 12 de 12

Próxima revisión: 2019

XVII. ANEXO:

ANEXO 1: FLUJO MANEJO Y DERIVACIÓN:



ELABORADO POR:

E.U. Mary Cea Rodríguez
Enc. Referencia y Contra referencia
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Julio 2016

REVISADO POR:

Comisión Servicio de Neurología
Hospital San Juan de Dios La Serena
Hospital San Pablo Coquimbo
Servicio de Salud Coquimbo

Fecha: Agosto 2016

APROBADO POR:

Dra. Luz Marina Urzúa Araya
Subdirectora Gestión Asistencial
Dirección de Salud Coquimbo

Fecha: Octubre 2016