



PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON CEFALEA CRÓNICA

Código: SDGA-8-2017
Fecha: 14/09/16
Versión: 1
Vigencia: 14/09/19
Próx. Revisión: 31/12/18
Página: 1 de 9

CEFALEA CRÓNICA

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

Elaborado por:	Revisado por HRLBO	Revisado por DSSO	Aprobado por:
Dr. Héctor Zambrano Gonzalez. Jefe de Unidad de neurología HRLBO.	Dr. Sergio Zamorano Ortiz. Director (S) HRLBO. Dra. Cecilia Piotrowski Subdirector (S) Médico. HRLBO.	Dr. Felipe Rojas Troncoso. Subdirector (S) Gestión Asistencial. DSSO. Dr. Esteban San Martin. Jefe Departamento Gestión Integrada de la Red. DSSO.	Gonzalo Urbina Arriagada. Director (S) Servicio de Salud O'Higgins.
Firma: Hector Zambrano G. Neurologo 8.913.151-8	Firma: 	Firma: 	Firma:
Fecha elaboración: Septiembre 2016	Fecha Revisión: Enero 2018	Fecha Revisión: Enero 2018	Fecha Aprobación: Enero 2018

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

12. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

13. 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. En todo el mundo, solo una minoría de las personas que sufren cefaleas recibe un diagnóstico apropiado formulado por un profesional médico.

A escala mundial, las cefaleas han sido subestimadas, se conocen mal y no reciben el tratamiento adecuado. Dada la frecuencia de consulta sobre todo cuando esta se cronifica, es por ello que se hace necesario generar este Protocolo.

14. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital Regional Rancagua	Neurología

15. OBJETIVOS.

General:

Establecer los criterios de derivación para pacientes portadores de cefalea crónica, desde el nivel de atención primaria de los establecimientos del Servicio de Salud O'Higgins al Nivel secundario y al Hospital Libertador Bernardo O'Higgins (HRLBO), para mejorar la calidad, tiempos de atención, uso de recursos y la resolución oportuna de esta patología.

Específicos:

- Optimizar el acceso a la atención por Neurólogo de los pacientes portadores de cefalea crónica.
- Entregar al médico de atención primaria una guía para evaluación y manejo de pacientes portadores con cefalea crónica.
- Aumentar el poder de resolución del médico de atención primaria en esta patología.
- Entregar al médico de atención primaria los criterios de derivación de esta patología al nivel secundario.
- Disminuir el número de interconsultas innecesarias desde el nivel primario al secundario.
- Dar a conocer al equipo de salud de atención primaria y especialistas Neurólogos del Hospital Regional Rancagua (HRLBO) de este protocolo, que podría ser modificado según evaluaciones posteriores.

16. ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria que participan en las acciones de salud como orientación diagnóstica para la patología de cefalea crónica, que permita estandarizar criterios terapéuticos básicos y de derivación.

Atención Primaria: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural, Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Atención Secundaria: Hospitales de Baja y Mediana Complejidad, Hospitales de Mayor complejidad.

17. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas adultas, adolescentes y niños.

18. DEFINICIONES:

- **CEFALEA:** dolor de cabeza.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.
- **HRLBO:** Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins (Rancagua).
- **ADR:** Comprobante de administración y recaudación.
- **TC:** Tomografía computada.
- **RM:** resonancia magnética.

La "cefalea o dolor de cabeza" es un síntoma frecuente de la consulta médica. La Clasificación Internacional de las Cefaleas de 1988, permitió la adopción de las definiciones y criterios diagnósticos (*International Classification of Headache Disorders, ICHD-3*) (Ref. 1, 2).

I.- Cefaleas primarias. Entre las más frecuentes están:

I) MIGRAÑA o JAQUECA.

La migraña tiene una presentación clínica heterogénea, siendo más frecuente en mujeres entre los 30 y 50 años, especialmente si hay antecedentes familiares de cefalea.

Criterios diagnósticos:

- a) Al menos 5 ataques de cefalea que cumplan criterios descritos en letras b a d:
- b) Ataques que duran 4 a 72 horas (sin tratamiento o insuficientemente tratada).
- c) Al menos 2 de las siguientes características:
 - i) Inicio unilateral
 - ii) de carácter pulsátil
 - iii) Intensidad moderada a severa para el paciente.
 - iv) Dolor se incrementa con la actividad física.
- d) Ataque de cefalea asociada al menos a 1 de los siguientes síntomas:
 - i) Náuseas y/o vómitos
 - ii) Fotopsias y fotofobia.
- e) Dolor no atribuible a otra etiología.

Se entiende por migraña "sin aura o migraña común" (80 %) aquella cefalea de características migrañosas no asociada a síntomas o signos deficitarios neurológicos. La migraña "con aura o migraña clásica" (15%) se acompaña o precede de síntomas y/o signos neurológicos deficitarios focales como fotopsias, hemianopsia, parestesias, hipoestesia o paresia. Se han descrito algunas variantes de migraña (5 %) e incluyen la migraña Oftalmopléjica (cefalea asociada a paresia de pares craneanos III, IV ó VI par, sin lesión intracraneana demostrable) y la migraña retiniana (cefalea con restricción de campo visual o ceguera bilateral, con una duración menor a 1 hora), entre otras.

II) Cefalea tipo tensional. Es la cefalea más frecuente. Como criterio diagnóstico son necesarios al menos 10 episodios de cefalea de tipo opresiva, no pulsátil, de localización variable con un mayor predominio suboccipital, frontal; bilateral que no empeora con la actividad física. En forma práctica la definimos por ausencia de los signos y síntomas que caracterizan a las migrañas.

III) Cefalea en racimo: Son típicos los "racimos" de crisis que duran entre 15 minutos y 3 horas, persistiendo por períodos de 2 a 3 meses. Predominan en hombres jóvenes, con crisis nocturnas, unilaterales, intensas con excitación psicomotriz característica. A diferencia de la crisis de migraña, donde el paciente adopta una posición inmóvil, en la cefalea en racimo existe una excitación motora que lleva a una hiperactividad en el período de dolor. Los trastornos autonómicos como síndrome de Horner, rinorrea y lagrimeo unilateral, son evocadores de esta entidad. Las crisis se repiten en forma periódica o evolucionan en forma crónica. Un 10-20 % de los pacientes presentan un patrón de cluster crónico con crisis diarias durante más de 1 año.

II.- Cefaleas Secundarias:

Agrupar a un conjunto de cefaleas asociadas a una patología orgánica subyacente (ver Ref. 1,2).

CONCEPTO DE CEFALEA CRÓNICA:

Definición:

- A) Cefalea (migraña o tipo tensional) que dura más de 15 días por mes durante al menos durante 3 meses continuados y que cumplen los criterios señalados en letras B y C:
- B) Pacientes con al menos 5 ataques de dolor con las características exigidas para el diagnóstico de migraña sin aura y/o con aura.
- C) Para migraña sin aura, migraña con aura o para migraña asociada al abuso de fármacos (Ej: ergotamínicos), se exige que presente al menos 8 días de cefalea al mes durante un mínimo de 3 meses.

SEÑALES DE ALARMA EN UNA CEFALEA:

- 1) Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante de la frecuencia.
- 2) Cefalea de inicio brusco (ictal).
- 3) Síntomas neurológicos durante la cefalea (compromiso de consciencia, déficit focal o convulsiones).

- 4) Signos de irritación meníngea.
- 5) Cefalea tipo migraña con aura no típica.
- 6) Cefalea de novo en paciente mayor de 50 años.

Tiempo de Resolución: medición de tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología descrita. INDICAR TIEMPO PROMEDIO APROXIMADO ENTRE CNE Y ALTA DEL PACIENTE

Alta de nivel secundario: Proceso administrativo por el cual un paciente que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria con un documento de contrareferencia.

7.1 CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON CEFALEA CRONICA AL POLICLINICO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL BASE.

En la APS, el médico realizará la evaluación inicial del paciente, quien realizará el diagnóstico y derivará a médico especialista (neurólogo) del HRR, con los antecedentes correspondientes especificados en la hoja de interconsulta. La derivación deberá incluir en forma detallada:

A) EVALUACION INICIAL. Ésta consta de:

- e. Anamnesis: tiempo de evolución de la cefalea; antecedentes de enfermedades crónicas intercurrentes y antecedentes familiares de cefalea; factores desencadenantes, agravantes y/o atenuantes, del dolor, medicamentos empleados, estudios imagenológicos y de laboratorio realizados.
- f. Examen físico: describir presencia de hallazgos o anomalías en el examen neurológico.
- g. Exámenes de laboratorio: se debe adjuntar información relevante de los exámenes disponibles (hemograma, VHS, perfil bioquímico, Hemoglobina glicosilada, TSH y T4 libre; TC cerebral, RM cerebral).

B) PACIENTES A DERIVAR AL HRLBO (PERTINENCIA DE REFERENCIA):

- 1.- Cefalea crónica que no cede a tratamiento médico habitual (tanto para el dolor agudo como la profilaxis).
- 2.- Requerimiento de polifarmacia de pacientes con cefalea recurrente, sin obtener respuesta esperada.
- 3.- Migraña con aura motora.
- 4.- Cefaleas secundarias que persisten tras manejar la etiología subyacente.

Notas:

- 1.- Los pacientes con cefalea que cursan con síntomas de alarma (números 1 al 5 de la sección síntomas de alarma) deben ser derivados al Servicio de urgencia.

2.- Los pacientes con cefaleas secundarias deben tratar su patología de base concomitantemente con la especialidad que corresponda.

C) PRIORIZACION DE INTERCONSULTA (PERTINENCIA SEGÚN TIEMPO):

La atención especializada (neurología) deberá ser resuelta en HRLBO antes de 90 días de generada la interconsulta. INDICAR TAMBIEN EL TIEMPO DE RESOLUCION DESDE LA CONSULTA HASTA EL ALTA DEL PACIENTE En el caso de cefalea con signos de alarma, el paciente deberá ser derivado inmediatamente al Servicio de Urgencia de HRLBO.

D) CONTRARREFERENCIAS:

Serán contrarreferidos a su consultorio de origen los pacientes con cefalea crónica que estén compensados y que alcancen una frecuencia aislada de dolor (< 1 por semana).

19. RESPONSABLES:

Serán responsables de la ejecución de este protocolo Médicos de la APS y de la red asistencial del Servicio de Salud O'Higgins, así como los Médicos Neurólogos del HRR.

- h. Médicos de Atención Primaria
- i. Médicos de SAPUs
- j. Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- k. Médicos en etapa de Destinación y Formación
- l. Médicos en nivel de especialidad
- m. Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario.

20. FUNCIONES DEL RESPONSABLE:

- 20.1 Implementación del protocolo
- 20.2 Difusión
- 20.3 Evaluaciones Periódicas
- 20.4 Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

21. REGISTROS.

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	Nº Documento

INDICADOR DE RESULTADO:

INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de cefalea crónica que cumplen la pertinencia de referencia según protocolo especificados en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados
FORMULA	(Nº de interconsultas recibidas con diagnóstico de cefalea crónica que cumplen con la pertinencia de referencia según protocolo/Nº total de interconsultas con diagnóstico de cefalea crónica) X 100.
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral
RESPONSABLE	Dr. Arturo Jaramillo Muñoz Neurólogo –Jefe CAE
INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de cefalea crónica que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados.
FORMULA	(Número de interconsultas recibidas con diagnóstico de cefalea crónica que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido/Nº total de interconsultas con diagnóstico de cefalea crónica) x 100.
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR.
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral.
RESPONSABLE	Dr. Arturo Jaramillo Muñoz Neurólogo

12.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Médico Oftalmológico de la Red Asistencial de O'Higgins.

- Documentación de referencia. Mencionar reglamentación que se uso para elaborar el procedimiento.

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9) 629–808.
2. Website: <http://cep.sagepub.com/content/33/9/629.short?rss=1&ssource=mfr>, ir a versión fulltext pdf (gratis).

13.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

14. PLAN DE DIFUSION

El protocolo descrito será difundido en todos los establecimientos correspondientes a la Red Asistencia a través de un Ordinario emanado del Director de Servicio y a través de la plataforma www.saludohiggins.cl.