

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CEFALEA INFANTO-JUVENIL	F. Emisión : 14/10/11
		F. Revisión : 14/10/13
		Página 1 de 15

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE CONSULTAN POR CEFALEA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

2011-2013

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Dr. Hector Camerati V. Dra. Orieta Carmona A.	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gac D	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha: 13/10/11	Fecha: 14/10/11



	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-37
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CEFALEA INFANTO-JUVENIL	F. Emisión : 14/10/11
		F. Revisión : 14/10/13
		Página 1 de 6

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN TRATAMIENTO DE NIÑOS Y
 ADOLESCENTES QUE CONSULTAN POR CEFALEA
 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2011-2013

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dr. Hector Camerati V. Dra. Orieta Carmona A.	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gac D	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha:13/10/11	Fecha:14/10/11

1. Introducción

La Cefalea es un problema de Salud Pública y plantea grandes desafíos en diagnóstico y tratamiento. La epidemiología en niños y adolescentes entre los 3 y 15 años presenta una prevalencia del conjunto de Cefaleas alta, de hasta el 30 – 50 %. Esta prevalencia aumenta con la edad y ya a los 7 años alcanza el 14 %. Por otra parte la prevalencia de Migrañas de un 3 – 4 % en la edad infantil y de la adolescencia.

2. Objetivo general

- 2.1. Entregar los criterios de Ingreso para los pacientes con diagnóstico de Cefalea, sean derivados desde la atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, del nivel secundario de los Hospitales de Quilpué y San Martín de Quillota, como de médicos pediatras y de otras especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke, tanto de la Atención Cerrada como la Atención Ambulatoria Electiva o de Urgencia.

3. Objetivos específicos

- 3.1. Evaluar, diagnosticar y tratar a todos los pacientes que cumplan criterios administrativos y técnicos de derivación con diagnóstico de Cefalea.
- 3.2. Brindar apoyo multidisciplinario a los pacientes ingresados a la Unidad, de acuerdo a lo establecido en 3.1.
- 3.3. Solicitar los exámenes que cada caso requiera de acuerdo a lo que se establezca en 3.1.

4. Alcance

4.1. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere el Protocolo:

Este Protocolo aborda los criterios de Referencia y Contrareferencia al Nivel Secundario y Terciario de atención de niños y adolescentes de 15 y menos años de edad que presentan Cefalea.

4.2. Usuarios a los que está dirigido el Protocolo:

- 4.2.1. Directores y Médicos Generales de Centros de Salud de Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.
- 4.2.2. Médicos Jefes de Servicios de Atención Cerrada y Jefes de Consultorios de Especialidades Ambulatorias del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Quilpué y San Martín de Quillota.

4.2.3. Médicos de Servicios de Urgencia APS (SAPUS) y Hospitalaria Pediátricos de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

5. Documentos Aplicables

• Documento de referencia y contra-referencia (Interconsulta).

Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible. En explotación Módulo de Referencia y Contrareferencia (SIDRA), el Profesional o Administrativo, Visador Local de la Referencia, deberá asegurar todos los campos que se señalan:

• Requerimientos de la Interconsulta de Referencia

- ✓ Datos de identificación del paciente completos.
- ✓ Hipótesis Diagnóstica.
- ✓ Motivo de derivación.
- ✓ **Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.**
- ✓ Nombre y timbre del médico.
- ✓ Todo con letra legible.
- ✓ Para efectos de este Protocolo, es de principal importancia que el Profesional que deriva se asegure que a la Atención de Especialidad, la madre o responsable deberá acompañar*** ;
- ❖ Informes de Jardín o Colegio: Conductual General, Rendimiento Escolar, Relación con Pares (Socialización), a ello se agrega Reporte de días faltados y/o de retiro del Colegio por Cefalea.
- ❖ Gráfico o Bitácora de Cefalea, que muestre frecuencia, horario de presentación e intensidad. Registro que incluya si los Episodios de Cefalea se han acompañado de otros síntomas o signos (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fenómenos visuales o auditivos acompañantes, etc.)

6. Definiciones

Cefalea : se entiende por Cefalea a la presencia de dolor en el cráneo ubicado por sobre la línea orbito meatal. Dada la complejidad de la Clasificación Internacional de Cefaleas, en este Protocolo se decide utilizar para efectos de evaluación, seguimiento y estudio, las categorías de :

A) Cefaleas Primarias o Secundarias.

1.-Primarias:

- 1.1.- Migraña: Con Aura y Sin Aura.
- 1.2.- Cefalea Tensional
- 1.3.- Cefalea "clúster".
- 1.4.- Otras Cefaleas Primarias

2.-Secundarias:

- 2.1.- Cefalea asociada a traumatismo craneal o cervical.
- 2.2.- Cefaleas asociadas a trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores).
- 2.3.- Cefalea asociada a trastornos vasculares craneales o cervicales
- 2.5.- Cefalea asociada al uso de "sustancias" o su supresión.
- 2.6.- Cefalea asociada a infecciones intracraneal o no.
- 2.7.- Cefalea asociada a trastornos metabólicos.
- 2.8.- Cefalea o dolor facial asociado a trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
- 2.9.- Cefalea asociada a trastornos psiquiátricos.

B) De acuerdo al perfil temporal de presentación:

B.1.- Cefalea Aguda: Es el episodio único en que no hay eventos similares previos.

B.2.- Cefalea Aguda Recurrente: Se caracteriza por episodios recurrentes de Cefalea separados por períodos Asintomáticos.

B.3.- Cefalea Crónica Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 1 - 3 meses de evolución, en los que cambia el patrón de presentación en frecuencia, intensidad u horarios, asociado o no a la aparición de otros signos o síntomas generales o neurológicos.

B.4- Cefalea Crónica No Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 3 - 6 meses de evolución, sin cambios significativos en el patrón del dolor, su frecuencia, intensidad u horario de presentación y en los cuales no se agregan otros signos o síntomas generales o neurológicos.

B.5- Cefalea Mixta: corresponde a episodios más o menos diarios de Cefalea no progresiva, sin otros signos o síntomas generales o neurológicos, en la que se sobreponen episodios de Migraña (Cefalea Aguda Recurrente con o sin Aura).

7. Responsable

- 7.1. Directores/as de Establecimientos de Atención Primaria de la Red del Servicio Viña del Mar - Quillota.
- 7.2. Director/a de Hospital Dr. Gustavo Fricke, Quilpué y San Martín de Quillota.
- 7.3. Médicos Jefes Atención Cerrada Pediátrica y Consultorios de Especialidades Infanto - Juveniles.
- 7.4. Jefes de Servicios de Urgencia de APS (SAPUS) y Hospitalarios Pediátricos.

8. Fundamento:

Necesidad de Protocolizar la Referencia y Contrareferencia, dada la Prevalencia de Cefalea en la Población Infanto Juvenil, que se traduce en una alta Derivación desde todos los Niveles de Atención representando uno de los 10 más importantes causas de Derivación.

9. Referencia y Contrareferencia : Prioridad de la derivación:

Problema No GES

Prioridad 1:

Derivación a Atención de Urgencia

1.1- **Cefalea Aguda**: Es el episodio único en que no hay eventos similares previos, que no cede a analgésicos, reposo y observación de 2 - 4 hrs.

1.2- **Secundarias**: Descartar Complicaciones de T.E.C., Infecciones del SNC, Trastornos Metabólicos, en Adolescentes descartar "uso de Sustancias". Otras Secundarias estudio a nivel Local.

Prioridad 2:

Derivación a Atención de Urgencia y de acuerdo a tiempo de evolución a Atención Ambulatoria.

2.1.-Cefalea Crónica Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 1 - 3 meses de evolución, en los que cambia el patrón de presentación en frecuencia, intensidad u horarios, asociado o no a la aparición de otros signos o síntomas generales o neurológicos.

Prioridad 3:

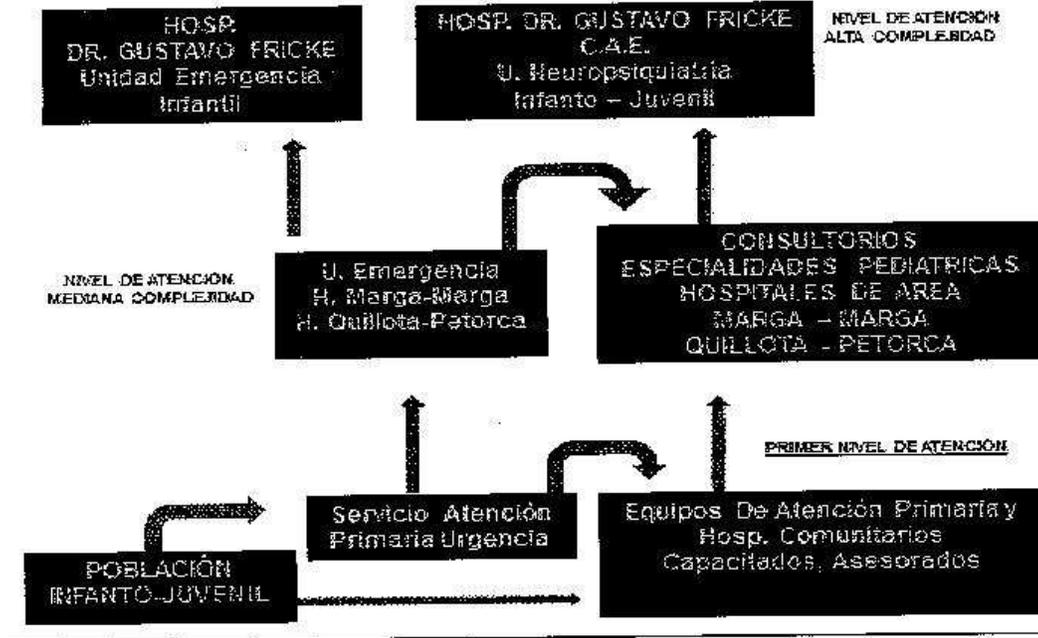
Derivación a Atención Ambulatoria

3.1.-Cefalea Aguda Recurrente: Se caracteriza por episodios recurrentes de Cefalea separados por periodos Asintomáticos, de al menos 6 meses de evolución que no responden a (1 – 2) Analgésicos habituales en dosis suficientes, antecedentes familiares de migraña, acompañados de Aura o no y que impactan en sus actividades habituales.

3.2.-Cefalea Crónica No Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 3 - 6 meses de evolución, sin cambios significativos en el patrón del dolor, su frecuencia, intensidad u horario de presentación y en los cuales no se agregan otros signos o síntomas generales o neurológicos y que no responden a (1 – 2) Analgésicos habituales en dosis suficientes, antecedentes familiares de migraña o Cefalea Tensional, acompañados de Aura o no y que interfieren en sus actividades habituales.

3.3.-Cefalea Mixta: corresponde a episodios más o menos diarios de Cefalea no progresiva, sin otros signos o síntomas generales o neurológicos, en la que se superponen episodios de Migraña (Cefalea Aguda Recurrente con o sin Aura).

10. Flujograma



11. Indicadores de calidad

- ❖ Subprograma de Cefalea en la Red del Servicio de Salud.

Indicador: N° de Centros con Programa / N° Total de Centros. Medición: Anual.

- ❖ Relación de pacientes Nuevos vs. Control.

Indicador: N° Pac. Nuevos Ingresados / Total de Pac. en Control. Medición: Trimestral.

- ❖ Altas

Indicador: N° de Pac. con alta anual / Total Pac. en Control. Medición: Anual.

- ❖ Abandono

Indicador: N° Pac. Inasistentes a 3 Controles / Total Pac. en Control. Medición: Semestral.

- ❖ Resolutividad Cuantitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes Atendidos. Medición: Semestral.

- ❖ Resolutividad Cualitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes en Control. Medición: Anual.

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO

12. Anexos:

Anexo 1:

ROL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN LA ATENCION PRIMARIA

DIAGNÓSTICO

La clínica es el instrumento esencial para el diagnóstico de la cefalea en la infancia, en especial en la Migraña y la Cefalea Tensional, que son las formas más frecuente de Cefalea Primaria Aguda Recurrente y Crónica No Progresiva y en la que no existen marcadores biológicos definidos.

La anamnesis, si ello es posible, debe realizarse a través del propio niño sin despreciar su capacidad para la interpretación de su sintomatología subjetiva, perfilándola con precisión y permitiendo el diagnóstico, ya que la realizada a través de la familia suele adolecer bien de pobreza, bien de subjetivización emocional que falsea la información.

Deben considerarse en esta historia los siguientes ítems:

- A. Antecedentes familiares de cefalea y tipo de la misma.
- B. Antecedentes personales de vómitos y dolores abdominales, vértigos paroxísticos recurrentes, "mareos", fiebre recurrente y epilepsia.
- C. Características de la cefalea:
 1. Localización (holo o hemicraneal, zona craneal).
 2. Tipo (pulsátil, puntadas, opresiva, tracción).
 3. Tiempo de evolución (< 1 mes, 1-3 meses, 3 – 12 meses, > 1 año).
 4. Periodicidad (aguda episódica, aguda recurrente, crónica, mixta, imprecisa).
 5. Existencia o no de aura, frecuencia y tipo de la misma.
 6. Síntomas acompañantes y tempo en el curso de la cefalea (prodrómicos, fase aguda, proscriticos).
 7. Ritmo horario y relación con ritmos biológicos.

8. Frecuencia y duración del episodio.

9. Factores desencadenantes eventuales.

La exploración física neurológica específica, debe complementarse con la general e incluir la toma de la tensión arterial y el examen del fondo de ojos.

Exceptuando las cefaleas agudas episódicas secundarias a procesos infecciosos extracraneales banales, la gran mayoría de las cefaleas en la infancia son primarias y, dentro de éstas, la migraña y la cefalea tensional constituyen el 90% de las consultas por cefalea en la práctica neuropediátrica.

En este caso, sobre todo el patrón temporal, pero también las características del dolor, los posibles desencadenantes y los posibles síntomas y signos acompañantes contribuyen al diagnóstico que es, repetimos, clínico, al no haber en ninguno de estos casos un marcador biológico.

MIGRAÑA

La migraña es una cefalea primaria de carácter agudo recurrente, con normalidad entre episodios, que característicamente ocurre en crisis de duración no menor a 2 horas ni mayor a 72 horas y que típicamente es unilateral, pulsátil, acompañada de dolor abdominal, náuseas y/o vómitos o sonofobia y fotofobia, que puede ir acompañada de aura (migraña con aura o "clásica") o no (migraña sin aura o común), lo más frecuentemente visual, y que frecuentemente tiene un carácter familiar.

CEFALEA TENSIONAL

Se trata de una cefalea primaria que, según el patrón temporal, puede ser aguda episódica o, más frecuentemente, crónica. En el niño la cefalea tensional viene especialmente definida por una cefalea crónica, no progresiva, de carácter tensional, distribución bilateral, ausencia de náuseas y vómitos, empeorando en relación con actividades escolares; conflictos personales y estrés familiar.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1.-Educación, para el paciente y su familia, consiste en explicar la condición que padece, sus manifestaciones más habituales e inhabituales.

2.-Instruir en el uso de Calendario de Cefaleas, que recoja la Frecuencia, Horario de Presentación, Duración e Intensidad de la Cefalea y si esta cede o no a analgésicos.

3.-Control de Gatillantes: especialmente problemas en la higiene del Sueño, exposición excesiva a la TV, Computador y Video Juegos. Recordar que el tiempo máximo de "Pantallas" en el niño no debe superar la hora y media, máximo dos horas diaria. Control del ejercicio físico cuando se asocia a la Cefalea, de igual modo explorar con contrapueba alimentos que eventualmente se asocian a desencadenantes de Cefalea (chocolate, quesos, frutos cítricos).

4.-De contar con Psicólogos en el Centro de Salud, evaluar si se puede acceder a Técnicas de Relajación, de Imaginería, de Expresión Emocional, Resolución de Conflictos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

1.-Antieméticos

Metoclopramida: 0,2 – 0,5 mg./kg./día

2.-Analgésicos Generales

Paracetamol: 10 - 20 mg./ kg./dosis.

3.-Aínes

Ibuprofeno: 7,5 – 10 mg/kg/dosis

Naproxeno: 5 – 10 mg./kg./dosis

Ketoralaco: 0,5 – 1 mg./kg./dosis

Si paciente no presenta cambios en el patrón de presentación y no responde a Indicaciones por 3 meses, derivar a Nivel Secundario.

Anexo 2:

**ROL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA
EN EL NIVEL SECUNDARIO**

El manejo es el mismo que se señala para la Atención Primaria.

Derivación a Nivel Terciario de los cuadros que no evolucionen satisfactoriamente y/o mantengan compromiso a nivel escolar o de actividades diarias.

Seguimiento de Migrañas en que se ha Confirmado Diagnóstico y se encuentran en Tratamiento Preventivo con Betabloqueadores o Bloqueadores de los Canales de Ca o Tricíclicos.

La utilidad del E.E.G. en el Diagnóstico de Cefalea es prácticamente nulo, se podrá evaluar antes de Derivación a Nivel Terciario la solicitud de E.E.G. en aquellos casos que presenten Auras Atípicos, asociación a compromiso de conciencia, o sintomatología que pudieran corresponder a manifestaciones epileptiformes.

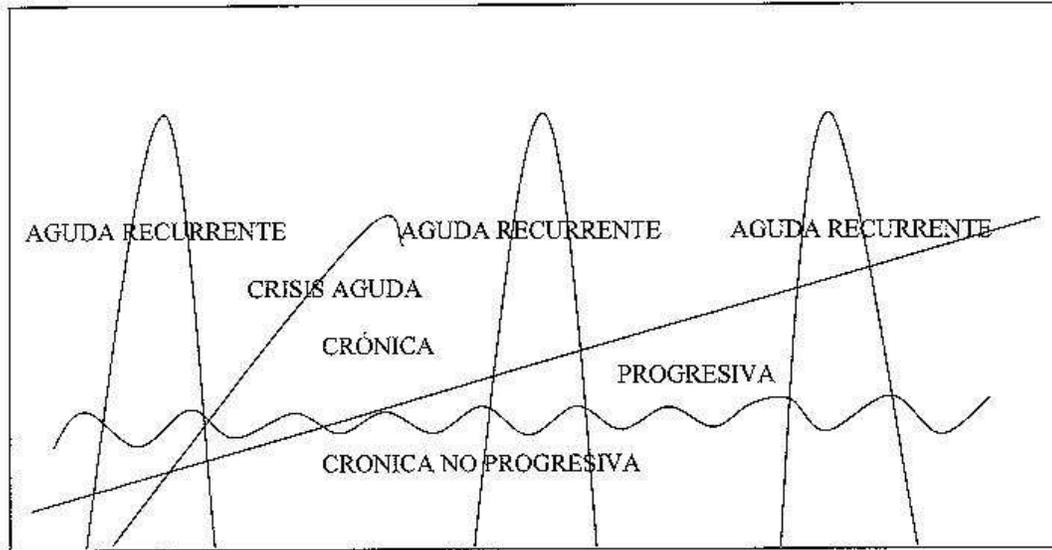
NEUROIMAGEN EN CEFALEA

La prioridad que determina la realización de T.A.C. de Cerebro considera:

- Patrón Temporal Crónico Progresivo.
- Edad menor de 3 años.
- Síntomas Neurológicos Focales.
- Examen Neurológico Anormal.
- Antecedentes de DVP.
- Presencia de Síndrome Neurocutáneo.
- Vómitos y Cefalea que interrumpen el Sueño.

Anexo 3:

TIPOS DE CEFALEA



TIEMPO

Anexo 4:

PAUTA DE COTEJO FICHA CLÍNICA PACIENTE EN CONTROL POR CEFALEA

ITEMS A EVALUAR REGISTROS	SI	NO	% Cumplimiento
1. BITACORA DE CEFALEA			
2. MEDIDAS PREVENTIVAS			
3. ANTECEDENTES ESCOLARES			
4. ANTECEDENTES FAMILIARES			
5. USO ANALGÉSICOS			
6. PLAN TERAPÉUTICO			

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1-.Campos Castelló J. Jaquecas Infantiles. Rev. Esp. Neurol. 1990, 3: 178-189.
- 2-.Artigas J, Grau R, Canosa P et al. Prevalence and characteristics of Infantile Headache in a selected area. Cephalalgia 1997; 17: 293.
- 3-.Hershey AD. What is the impact, prevalence, disability, and quality of life of Paediatric Headache? Curr. Pain Headache Rep. 2005; 9: 341-344.
- 4-.Lipton RB. Diagnosis and Epidemiology of Pediatric Migraine. Curr. Opin Neurol. 1997; 10:231.
- 5-.Winner P, Hershey AD. Diagnosing migraine in the Paediatric population. Curr. Pain Headache Rep. 2006 ; 10: 363-369.
- 6-.Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7): s1-s96.
- 7-.Winner P, Powers SW, Kabbouche MA, Hershey AD. Diagnosing and managing headache in children. Curr. Treat. Options Neurol. 2007; 9: 3-13.
- 8- Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de la Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón. 2006.
- 9- Mesa Tomás. Cefalea en el niño. Rev. Chil. Pediatr. 2000 ene; 71 (1): 52 – 57.
- 10-.The International Classification of Headache Disorders, Cephalalgia, Vol 24 Supp. 1, 2004



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 388 de 04.11.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 5871

VIÑA DEL MAR, 22 NOV. 2011

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

- 1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.
- 2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.



3.- El Memorandum N° 580, de fecha 19 de octubre de 2011, del Director de Atención Primaria en Salud, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, dirigido al Departamento Jurídico del mismo Servicio, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2011 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Tratamiento de Niños y Adolescentes que consultan por Cefalea, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Tratamiento de Niños y Adolescentes que consultan por Cefalea, para el período 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE CONSULTAN POR CEFALEA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2011 – 2013

1. Introducción

La Cefalea es un problema de Salud Pública y plantea grandes desafíos en diagnóstico y tratamiento. La epidemiología en niños y adolescentes entre los 3 y 15 años presenta una prevalencia del conjunto de Cefaleas alta, de hasta el 30 – 50 %. Esta prevalencia aumenta con la edad y ya a los 7 años alcanza el 14 %. Por otra parte la prevalencia de Migrañas es de un 3 – 4 % en la edad infantil y de la adolescencia.

2. Objetivo general

- 2.1. Entregar los criterios de Ingreso para los pacientes con diagnóstico de Cefalea, sean derivados desde la atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, del nivel secundario de los Hospitales de Quilpué y San Martín de Quillota, como de médicos pediatras y de otras especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke, tanto de la Atención Cerrada como la Atención Ambulatoria Electiva o de Urgencia.

3. Objetivos específicos

- 3.1. Evaluar, diagnosticar y tratar a todos los pacientes que cumplan criterios administrativos y técnicos de derivación con diagnóstico de Cefalea.



- 3.2. Brindar apoyo multidisciplinario a los pacientes ingresados a la Unidad, de acuerdo a lo establecido en 3.1.
- 3.3. Solicitar los exámenes que cada caso requiera de acuerdo a lo que se establezca en 3.1.

4. Alcance

4.1. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere el Protocolo:

Este Protocolo aborda los criterios de Referencia y Contrareferencia al Nivel Secundario y Terciario de atención de niños y adolescentes de 15 y menos años de edad que presentan Cefalea.

4.2. Usuarios a los que está dirigido el Protocolo:

- 4.2.1. Directores y Médicos Generales de Centros de Salud de Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.
- 4.2.2. Médicos Jefes de Servicios de Atención Cerrada y Jefes de Consultorios de Especialidades Ambulatorias del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Quilpué y San Martín de Quillota.
- 4.2.3. Médicos de Servicios de Urgencia APS (SAPUS) y Hospitalaria Pediátricos de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

5. Documentos Aplicables

▪ Documento de referencia y contra-referencia (Interconsulta).

Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible. En explotación Módulo de Referencia y Contrareferencia (SIDRA), el Profesional o Administrativo, Visador Local de la Referencia, deberá asegurar todos los campos que se señalan:

• Requerimientos de la Interconsulta de Referencia

- ✓ Datos de identificación del paciente completos.
- ✓ Hipótesis Diagnóstica.
- ✓ Motivo de derivación.
- ✓ Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
- ✓ Nombre y timbre del médico.
- ✓ Todo con letra legible.
- ✓ Para efectos de este Protocolo, es de principal importancia que el Profesional que deriva se asegure que a la Atención de Especialidad, la madre o responsable deberá acompañar*** :
- ❖ Informes de Jardín o Colegio: Conductual General, Rendimiento Escolar, Relación con Pares (Socialización), a ello se agrega Reporte de días faltados y/o de retiro del Colegio por Cefalea.
- ❖ Gráfico o Bitácora de Cefalea, que muestre frecuencia, horario de presentación e intensidad. Registro que incluya si los Episodios de Cefalea se han acompañado de otros síntomas o signos (dolor abdominal, náuseas, vómitos, fenómenos visuales auditivos acompañantes, etc.)



6. Definiciones

Cefalea : se entiende por Cefalea a la presencia de dolor en el cráneo ubicado por sobre la línea orbito meatal. Dada la complejidad de la Clasificación Internacional de Cefaleas, en este Protocolo se decide utilizar para efectos de evaluación, seguimiento y estudio, las categorías de :

A) Cefaleas Primarias o Secundarias.

1.-Primarias:

- 1.1.-Migraña: Con Aura y Sin Aura.
- 1.2.-Cefalea Tensional
- 1.3.-Cefalea "clúster".
- 1.4.-Otras Cefaleas Primarias

2.-Secundarias:

- 2.1.-Cefalea asociada a traumatismo craneal o cervical.
- 2.2.-Cefaleas asociadas a trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores).
- 2.3.-Cefalea asociada a trastornos vasculares craneales o cervicales
- 2.5.-Cefalea asociada al uso de "sustancias" o su supresión.
- 2.6.-Cefalea asociada a infecciones intracraneal o no.
- 2.7.-Cefalea asociada a trastornos metabólicos.
- 2.8.-Cefalea o dolor facial asociado a trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
- 2.9.-Cefalea asociada a trastornos psiquiátricos.

B) De acuerdo al perfil temporal de presentación:

B.1.-Cefalea Aguda: Es el episodio único en que no hay eventos similares previos.

B.2.-Cefalea Aguda Recurrente: Se caracteriza por episodios recurrentes de Cefalea separados por períodos Asintomáticos.

B.3.-Cefalea Crónica Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 1 - 3 meses de evolución, en los que cambia el patrón de presentación en frecuencia, intensidad u horarios, asociado o no a la aparición de otros signos o síntomas generales o neurológicos.

B.4.-Cefalea Crónica No Progresiva: son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 3 - 6 meses de evolución, sin cambios significativos en el patrón del dolor, su frecuencia, intensidad u horario de presentación y en los cuales no se agregan otros signos o síntomas generales o neurológicos.

B.5.-Cefalea Mixta: corresponde a episodios más o menos diarios de Cefalea no progresiva, sin otros signos o síntomas generales o neurológicos, en la que se sobreponen episodios de Migraña (Cefalea Aguda Recurrente con o sin Aura).



7. Responsable

- 7.1. Directores/as de Establecimientos de Atención Primaria de la Red del Servicio Viña del Mar - Quillota.
- 7.2. Director/a de Hospital Dr. Gustavo Fricke, Quilpué y San Martín de Quillota.
- 7.3. Médicos Jefes Atención Cerrada Pediátrica y Consultorios de Especialidades Infanto - Juveniles.
- 7.4. Jefes de Servicios de Urgencia de APS (SAPUS) y Hospitalarios Pediátricos.

8. Fundamento:

Necesidad de Protocolizar la Referencia y Contrareferencia, dada la Prevalencia de Cefalea en la Población Infanto Juvenil, que se traduce en una alta Derivación desde todos los Niveles de Atención representando uno de los 10 más importantes causas de Derivación.

9. Referencia y Contrareferencia : Prioridad de la derivación:

Problema No GES

Prioridad 1:

Derivación a Atención de Urgencia

1.1.-**Cefalea Aguda:** Es el episodio único en que no hay eventos similares previos, que no cede a analgésicos, reposo y observación de 2 – 4 hrs.

1.2.-**Secundarias:** Descartar Complicaciones de T.E.C., Infecciones del SNC, Trastornos Metabólicos, en Adolescentes descartar "uso de Sustancias". Otras Secundarias estudio a nivel Local.

Prioridad 2:

Derivación a Atención de Urgencia y de acuerdo a tiempo de evolución a Atención Ambulatoria.

2.1.-**Cefalea Crónica Progresiva:** son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 1 - 3 meses de evolución, en los que cambia el patrón de presentación en frecuencia, intensidad u horarios, asociado o no a la aparición de otros signos o síntomas generales o neurológicos.

Prioridad 3:

Derivación a Atención Ambulatoria

3.1.-**Cefalea Aguda Recurrente:** Se caracteriza por episodios recurrentes de Cefalea separados por períodos Asintomáticos, de al menos 6 meses de evolución que no responden a (1 – 2) Analgésicos habituales en dosis suficientes, antecedentes familiares de migraña, acompañados de Aura o no y que impactan en sus actividades habituales.

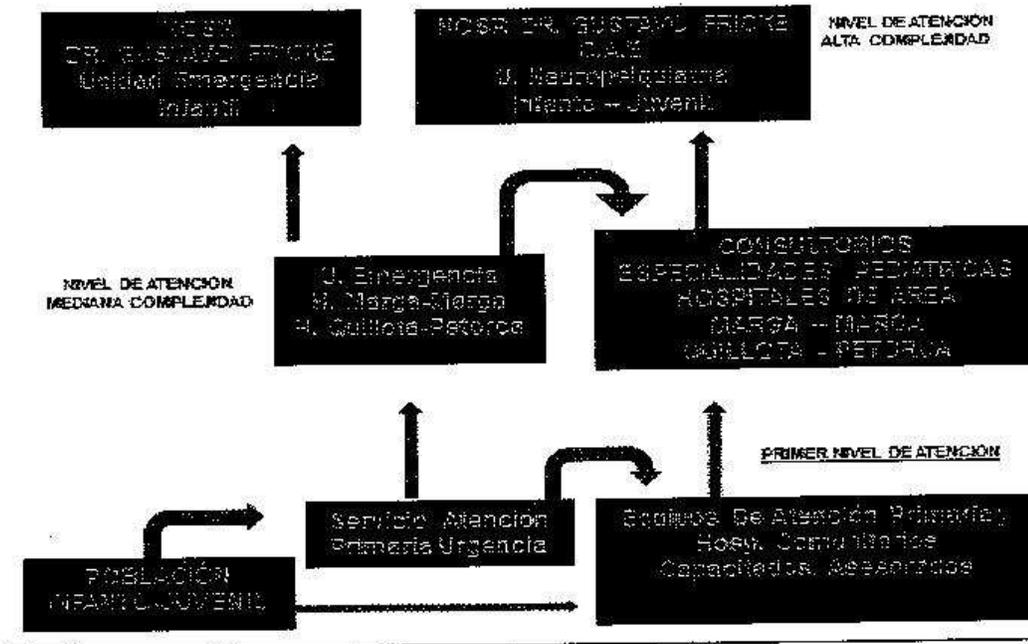
3.2.-**Cefalea Crónica No Progresiva:** son episodios de Cefalea de ocurrencia con al menos 3 - 6 meses de evolución, sin cambios significativos en el patrón del dolor, su frecuencia, intensidad u horario de presentación y en los cuales no se agregan otros signos o síntomas generales o neurológicos y que no responden a (1 – 2) Analgésicos habituales en dosis



suficientes, antecedentes familiares de migraña o Cefalea Tensional, acompañados de Aura o no y que interfieren en sus actividades habituales.

3.3.-**Cefalea Mixta:** corresponde a episodios más o menos diarios de Cefalea no progresiva, sin otros signos o síntomas generales o neurológicos, en la que se sobreponen episodios de Migraña (Cefalea Aguda Recurrente con o sin Aura).

10. **Flujograma**



11. **Indicadores de calidad**

- ❖ Subprograma de Cefalea en la Red del Servicio de Salud.

Indicador: N° de Centros con Programa / N° Total de Centros. Medición: Anual.

- ❖ Relación de pacientes Nuevos vs. Control.

Indicador: N° Pac. Nuevos Ingresados / Total de Pac. en Control. Medición: Trimestral.

- ❖ Altas

Indicador: N° de Pac. con alta anual / Total Pac. en Control. Medición: Anual.

- ❖ Abandono

Indicador: N° Pac. Inasistentes a 3 Controles / Total Pac. en Control. Medición: Semestral.

- ❖ Resolutividad Cuantitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes Atendidos. Medición: Semestral.



❖ Resolutividad Cualitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes en Control.

Medición. Anual.

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO

12. Anexos:

Anexo 1:

**ROL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA
EN LA ATENCION PRIMARIA**

DIAGNÓSTICO

La clínica es el instrumento esencial para el diagnóstico de la cefalea en la infancia, en especial en la Migraña y la Cefalea Tensional, que son las formas más frecuente de Cefalea Primaria Aguda Recurrente y Crónica No Progresiva y en la que no existen marcadores biológicos definidos.

La anamnesis, si ello es posible, debe realizarse a través del propio niño sin despreciar su capacidad para la interpretación de su sintomatología subjetiva, perfilándola con precisión y permitiendo el diagnóstico, ya que la realizada a través de la familia suele adolecer bien de pobreza, bien de subjetivización emocional que falsea la información.

Deben considerarse en esta historia los siguientes ítems:

- A. Antecedentes familiares de cefalea y tipo de la misma.
- B. Antecedentes personales de vómitos y dolores abdominales, vértigos paroxísticos recurrentes, "mareos", fiebre recurrente y epilepsia.
- C. Características de la cefalea:
 - 1. Localización (holo o hemicraneal, zona craneal).
 - 2. Tipo (pulsátil, puntadas, opresiva, tracción).
 - 3. Tiempo de evolución (< 1 mes, 1-3 meses, 3 – 12 meses, > 1 año).
 - 4. Periodicidad (aguda episódica, aguda recurrente, crónica, mixta, imprecisa).
 - 5. Existencia o no de aura, frecuencia y tipo de la misma.



6. Síntomas acompañantes y tiempo en el curso de la cefalea (prodrómicos, fase aguda, proscrípticos).

7. Ritmo horario y relación con ritmos biológicos.

8. Frecuencia y duración del episodio.

9. Factores desencadenantes eventuales.

La exploración física neurológica específica, debe complementarse con la general e incluir la toma de la tensión arterial y el examen del fondo de ojos.

Exceptuando las cefaleas agudas episódicas secundarias a procesos infecciosos extracraneales banales, la gran mayoría de las cefaleas en la infancia son primarias y, dentro de éstas, la migraña y la cefalea tensional constituyen el 90% de las consultas por cefalea en la práctica neuropediátrica.

En este caso, sobre todo el patrón temporal, pero también las características del dolor, los posibles desencadenantes y los posibles síntomas y signos acompañantes contribuyen al diagnóstico que es, repetimos, clínico, al no haber en ninguno de estos casos un marcador biológico.

MIGRAÑA

La migraña es una cefalea primaria de carácter agudo recurrente, con normalidad entre episodios, que característicamente ocurre en crisis de duración no menor a 2 horas ni mayor a 72 horas y que típicamente es unilateral, pulsátil, acompañada de dolor abdominal, náuseas y/o vómitos o sonofobia y fotofobia, que puede ir acompañada de aura (migraña con aura o "clásica") o no (migraña sin aura o común), lo más frecuentemente visual, y que frecuentemente tiene un carácter familiar.

CEFALEA TENSIONAL

Se trata de una cefalea primaria que, según el patrón temporal, puede ser aguda episódica o, más frecuentemente, crónica. En el niño la cefalea tensional viene especialmente definida por una cefalea crónica, no progresiva, de carácter tensional, distribución bilateral, ausencia de náuseas y vómitos, empeorando en relación con actividades escolares, conflictos personales y estrés familiar.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1.- Educación, para el paciente y su familia, consiste en explicar la condición que padece, sus manifestaciones más habituales e inhabituales.

2.- Instruir en el uso de Calendario de Cefaleas, que recoja la Frecuencia, Horario de Presentación, Duración e Intensidad de la Cefalea y si esta cede o no a analgésicos.

3.- Control de Gatillantes: especialmente problemas en la higiene del Sueño, exposición excesiva a la TV, Computador y Video Juegos. Recordar que el tiempo máximo de "Pantallas" en el niño no debe superar la hora y media, máximo dos horas diaria. Control del ejercicio físico cuando se asocia a la Cefalea, de igual modo explorar con contrapueba alimentos que eventualmente se asocian a desencadenantes de Cefalea (chocolate, quesos, frutos cítricos).

4.- De contar con Psicólogos en el Centro de Salud, evaluar si se puede acceder a Técnicas de Relajación, de Imaginería, de Expresión Emocional, Resolución de Conflictos.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

1-.Antieméticos

Metoclopramida: 0,2 – 0,5 mg./kg./día

2-.Analgésicos Generales

Paracetamol: 10 - 20 mg./kg./dosis.

3-.Aines

Ibuprofeno: 7,5 – 10 mg/kg/dosis

Naproxeno: 5 – 10 mg./kg./dosis

Ketoralaco: 0,5 – 1 mg./kg./dosis

Si paciente no presenta cambios en el patrón de presentación y no responde a indicaciones por 3 meses, derivar a Nivel Secundario.

Anexo 2:

ROL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN EL NIVEL SECUNDARIO

El manejo es el mismo que se señala para la Atención Primaria.

Derivación a Nivel Terciario de los cuadros que no evolucionen satisfactoriamente y/o mantengan compromiso a nivel escolar o de actividades diarias.

Seguimiento de Migrañas en que se ha Confirmado Diagnóstico y se encuentran en Tratamiento Preventivo con Betabloqueadores o Bloqueadores de los Canales de Ca o Tricíclicos.

La utilidad del E.E.G. en el Diagnóstico de Cefalea es prácticamente nulo, se podrá evaluar antes de Derivación a Nivel Terciario la solicitud de E.E.G. en aquellos casos que presenten Aura Atípicos, asociación a compromiso de conciencia, o sintomatología que pudieran corresponder a manifestaciones epileptiformes.

NEUROIMAGEN EN CEFALEA

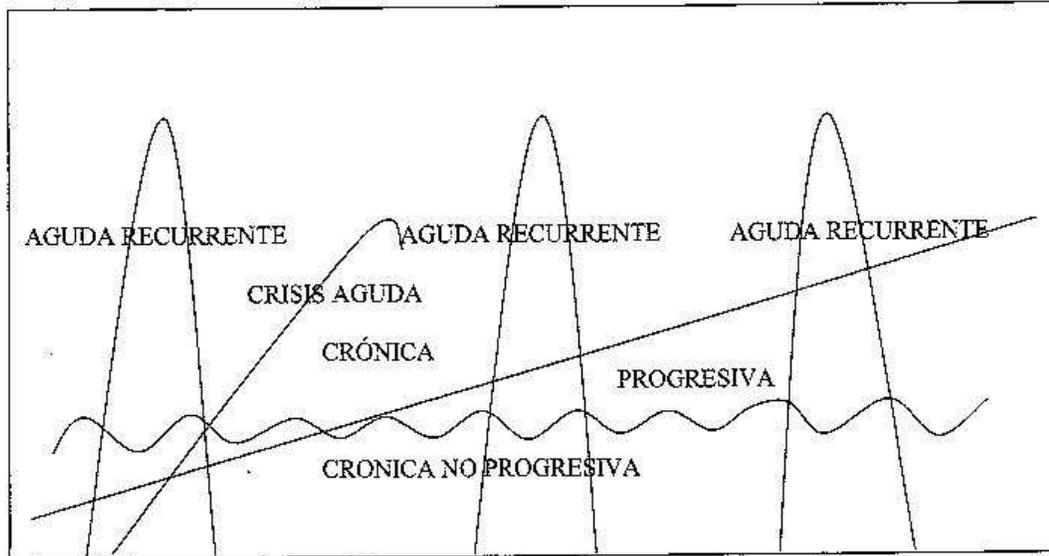
La prioridad que determina la realización de T.A.C. de Cerebro considera:

- Patrón Temporal Crónico Progresivo.
- Edad menor de 3 años.
- Síntomas Neurológicos Focales.
- Examen Neurológico Anormal.
- Antecedentes de DVP.
- Presencia de Síndrome Neurocutáneo.
- Vómitos y Cefalea que interrumpen el Sueño.



Anexo 3:

TIPOS DE CEFALEA



TIEMPO

Anexo 4:

PAUTA DE COTEJO FICHA CLÍNICA PACIENTE EN CONTROL POR CEFALEA

ITEMS A EVALUAR REGISTROS	SI	NO	% Cumplimiento
1. BITACORA DE CEFALEA			
2. MEDIDAS PREVENTIVAS			
3. ANTECEDENTES ESCOLARES			
4. ANTECEDENTES FAMILIARES			
5. USO ANALGÉSICOS			
6. PLAN TERAPÉUTICO			

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

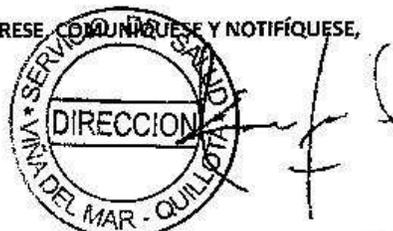
FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO



BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1.-Campos Castelló J. Jaquécas Infantiles. Rev. Esp. Neurol. 1990, 3: 178-189.
 - 2.-Artigas J, Grau R, Canosa P et al. Prevalence and characteristics of Infantile Headache in a selected area. Cephalalgia 1997; 17: 293.
 - 3.-Hershey AD. What is the impact, prevalence, disability, and quality of life of Paediatric Headache? Curr. Pain Headache Rep. 2005; 9: 341-344.
 - 4.-Lipton RB. Diagnosis and Epidemiology of Pediatric Migraine. Curr. Opinión Neurol. 1997; 10:231
 - 5.-Winner P, Hershey AD. Diagnosing migraine in the Paediatric population. Curr. Pain Headache Rep. 2006 ; 10: 363-369.
 - 6.-Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7): s1-s96.
 - 7.-Winner P, Powers SW, Kabbouche MA, Hershey AD. Diagnosing and managing headache in children. Curr. Treat. Options Neurol. 2007; 9: 3-13.
 - 8.-Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de la Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón. 2006.
 - 9.-Mesa Tomás. Cefalea en el niño. Rev. Chil. Pediatr. 2000 ene; 71 (1): 52 – 57.
 - 10.-The International Classification of Headache Disorders, Cephalalgia, Vol 24 Supp. 1, 2004
3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,



DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

DRA. EMES/DR. PAB/DRA. RGD/RSM/ACP/acp

DISTRIBUCIÓN:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.



INSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA