

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-23
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CEFALEA	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 3

**PROTOCOLO DE CEFALEA**  
**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**  
**2010-2013**

Elaborado por Dr. Kristo Gasic.	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11



	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-23
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CEFALEA	F. Emisión : 28/07/11 F. Revisión : 28/07/13 Página 1 de 3

**PROTOCOLO DE CEFALEA**  
**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**  
**2010-2013**

Elaborado por Dr. Kristo Gasic	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 15/07/11	Fecha: 19/07/11	Fecha: 28/07/11

**1. Introducción:** La cefalea es una patología extremadamente común y motivo principal de consulta médica. Su prevalencia global en hombres es de 93% y mujeres 99%, en ambos sexos más de 90% corresponden a formas de Migraña (8% v/s 20%), cefalea Tipo tensional (65%v/s 75%) y formas mixtas.

**2. Objetivo:**

2.1. Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con cefalea en atención primaria con el fin de mejorar la resolutiveidad y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

**3. Alcance:**

3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU

3.2. Médico UEA/ Hospital

3.3. Médico Especialista CAE/Hospital

**4. Responsabilidad:**

4.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

4.2. Jefe de policlínico de especialidades.

4.3. Director de Hospital

**5. Fundamento:** la estandarización de esta patología contribuirá a su adecuado manejo y derivación.

**6. Definiciones**

**6.1. Clasificación según la IHS (International Headache Society)**

1) Migraña (Clásica, Común, complicada: Formas Retiniana, Basilar, oftalmopléjica, hemipléjica familiar, etc. )

- 2) Cefalea Tipo Tensional (Episódica y Crónica c/ y s/ desorden de músculos epicráneos, Psicógena etc.)
- 3) Cefalea en racimo "Cluster"( Histamínico resistente de Bing- Horton)
- 4) Hemicránea paroxística crónica
- 5) Cefalea inducida por fármacos (Cefalea de rebote por analgésicos y Ergotamínicos)
- 6) Cefalea asociada a otras condiciones médicas: Metabólicas, tumores SNC, trauma, accidente cerebrovascular, infecciones, etc.

## **6.2 Como reconocerlas:**

### **6.2.1. Migraña común: (sin aura)**

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

Al menos 5 ataques con las siguientes características:

- Duración 4 a 72 hrs.
- Dolor pulsante, unilateral, se agrava con ejercicio, intensidad moderada a severa (Limita o impide las actividades diarias).
- Nauseas y/o vómito
- Foto y sonofobia

### **6.2.2 Migraña Clásica : (con aura)**

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

Al menos 2 ataques con las siguientes características:

- Presencia de "AURA" o síntoma cortico-cerebral focal reversible
  - El AURA no dura más de 60 minutos
  - Intervalo libre ataque-aura no dura más de 60 minutos
  - Desarrollo gradual del AURA sobre más de 4 minutos
- Ej. de AURA: Escotoma en campo visual, déficit sensitivo etc.

### **6.2.3. Cefalea tipo Tensional:**

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

- Frecuencia de 15 días/ mes por 6 meses como mínimo o 180 días /año
- Dolor opresivo en banda o cintillo, no pulsante, bilateral, difuso, no aumenta con ejercicio.
- Leve a moderado (limita pero no impide actividad), en aumento durante el día.
- No presentan Vomito, a veces leve nauseas y/o fotofobia y/o fonofobia
- Habitualmente existe un contexto aflictivo y estresores psicosociales.

### **6.3 Evaluación en APS:**

#### **6.3.1 Anamnesis completa:**

Relativo a la Cefalea:

- Perfil temporal
- Frecuencia
- Duración
- Localización
- Carácter
- Intensidad
- Síntomas acompañantes
- Historia familiar
- Medicación en uso
- Factores Gatillantes/ateruantes

Generales: co-morbilidad, Sueño, hábitos (Tabaquismo, drogas etc), Alergias, Uso de ACO, historial gineco-obstétrico (Trombofilias ) etc.

#### **6.3.2. Examen Físico General**

- Patología ocular (glaucoma, vicios refracción etc)
- Patología Maxilofacial (sinusitis, sinovitis temporomandibular etc)
- Patología oído-mastoidea
- Arteritis temporal
- Artrrosis cervical

-otros: anemia, bocio, HTA, fiebre etc

### **6.3.3. Examen Neurológico**

-Signos de Alarma:

Ej: Alteración cualitativa de conciencia, anomalía de P. craneales, focalización (hemiparesia, afasia, babinski, etc), rigidez de nuca, soplo craneal, trastorno esfinteriano, etc.

### **6.3.4 Estudio complementario con neuro-imagen:**

Está orientado a la cefalea secundaria y por lo tanto debe ser enviado a Neurología, donde será solicitado el exámen.

## **6.4. Manejo en APS:**

**6.4.1 Tratamiento no farmacológico:** La aproximación inicial debe contemplar 2 aspectos:

**6.4.1.1 Psicológicos:** Manejo del STRESS (humanizar la intervención con acogida, consejería, sugerir técnicas de relajación), apoyo por Psicólogo según el caso. Es fundamental la buena relación médico-paciente ya que favorecerá la educación y ayudara en el tratamiento.

**6.4.1.2 Físicos:** Identificar factores desencadenantes ej. La dieta, el Sueño, Hábitos nocivos, cambios hormonales etc. Se sugiere calendario de Cefalea que documente ocurrencia, severidad, factores gatillantes, etc.

Cada paciente debería poder reconocer el tipo de cefalea que lo aqueja y calificar la intensidad de modo de no abusar de medicación innecesaria.

Leve: permite actividades vida diaria (AVD)

Moderada: Limita AVD

Severa: Impide AVD

Ultra severa : Requiere hospitalización.

#### **6.4.2. Tratamiento Farmacológico**

Según el tipo de cefalea se diferencian estrategias sintomáticas (abortivas) y Preventivas (Profilácticas).

##### **6.4.2.1. Terapia Sintomática General (escalonada según severidad):**

Primera línea (vo) : Paracetamol, AAS, AINE ( Ibuprofeno, Naproxeno, Ketoprofeno), Ketorolaco etc.

Segunda línea: Ergotamínicos, Triptanes (vo, inhalación, sublingual, rectal)

Tercera línea: Uso parenteral: AINES, metoclopramida, Clorpromazina, Sumatriptan, Corticoides.

Cuarta línea: Narcóticos: Morfina, Meperidina

**6.4.2.2 Terapia Profiláctica en Migraña:** (con 2 o más crisis al menos moderadas, por semana). Inicie el tratamiento idealmente sin mediar nitritos ni ACO.

-Betabloqueadores: Propanolol iniciar con 20 mg 2 v/día y aumento gradual.

Atenolol: iniciar 50 mg/día.

-Bloqueadores del Calcio: Nifedipino, Verapamilo, Flunarizina\*

-Tricíclicos: Amitriptilina 25 mg/noche inicial

-Estabilizadores de membrana: Ac. Valproico 200 mg con incremento gradual. Fenitoina 100 mg 2 v/día

-Otros : Metisergida, Ciproheptadina, Ergonovina.

Considerar riesgo de parkinsonismo en terapias prolongadas.

**6.4.2.3. Terapia Profiláctica en Cefalea Tensional:** En formas crónicas mínimo 6 meses de tratamiento

-Tricíclicos: Amitriptilina 25 mg/noche inicial.(aumento gradual según tolerancia y respuesta)

-Miorelajantes: Ciclobenzaprina 5 a 10 mg/ noche.

-Antidepresivos serotoninérgicos según el caso

En Cefalea Tensional Crónica Diaria:

-Discontinuar analgésicos o ergotamínicos en ABUSO

-Quiebre del ciclo con AINE por 7 – 10 días.

-Combinar tricíclico y PPL profiláctico

-Intervención Psicológica (conductual, familiar, etc)

-La respuesta a terapia dependerá de un diagnóstico correcto.

-Un 20 % de estas cefaleas pueden ser refractarias.

## 7. **Prioridad de la derivación:**

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología cuando:

- Se sospeche una cefalea secundaria (presencia de signos de alarma)
- Evolución atípica o cambio en el patrón de cefalea
- Refractariedad a terapias de primera línea bien llevadas y por plazos adecuados (al menos 3 meses)

## 8. **Referencia y Contrareferencia**

**Características de la derivación:**

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.

Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Indicar el tratamiento seguido, señalando medicamento, dosis y tiempo de uso.

En lo posible derivar con calendario de cefalea.

Derivar a Consultorio Adosado Externo (al policlínico Neurología adultos).

**9. Indicadores:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes con cefalea derivado de acuerdo a protocolo} * 100}{\text{Total de pacientes con cefalea derivados desde APS}}$$

**9. Indicadores:**

Nº de pacientes con cefalea derivado de acuerdo a protocolo \*100  
Total de pacientes con cefalea derivados desde APS

**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,

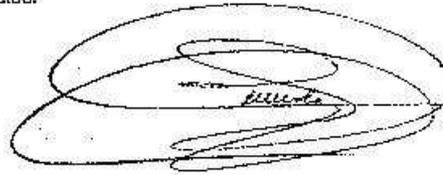


**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN  
SAGUA  
DIRECTORA  
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DRA. EMES/DR. FPG/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.



**TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE  
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

Considerar riesgo de parkinsonismo en terapias prolongadas.

**6.4.2.3. Terapia Profiláctica en Cefalea Tensional:** En formas crónicas mínimo 6 meses de tratamiento

-Tricíclicos: Amitriptilina 25 mg/noche inicial.(aumento gradual según tolerancia y respuesta)

-Miorelajantes: Ciclobenzaprina 5 a 10 mg/ noche.

-Antidepresivos serotoninérgicos según el caso

En Cefalea Tensional Crónica Diaria:

-Discontinuar analgésicos o ergotamínicos en ABUSO

-Quiebre del ciclo con AINE por 7 – 10 días.

-Combinar tricíclico y PPL profiláctico

-Intervención Psicológica (conductual, familiar, etc)

-La respuesta a terapia dependerá de un diagnóstico correcto.

-Un 20 % de estas cefaleas pueden ser refractarias.

#### 7. **Prioridad de la derivación:**

Se deberán derivar pacientes a policlínico de neurología cuando:

- Se sospeche una cefalea secundaria (presencia de signos de alarma)
- Evolución atípica o cambio en el patrón de cefalea
- Refractariedad a terapias de primera línea bien llevadas y por plazos adecuados (al menos 3 meses)

#### 8. **Referencia y Contrareferencia**

**Características de la derivación:**

Interconsulta con datos completos: RUT, edad (fecha de nacimiento), hipótesis diagnóstica.

Detallar características clínicas, hallazgos del examen físico y examen neurológico.

Indicar el tratamiento seguido, señalando medicamento, dosis y tiempo de uso.

En lo posible derivar con calendario de cefalea.

Derivar a Consultorio Adosado Externo (al policlínico Neurología adultos).



médico-paciente ya que favorecerá la educación y ayudara en el tratamiento.

**6.4.1.2 Físicos:** Identificar factores desencadenantes ej. La dieta, el Sueño, Hábitos nocivos, cambios hormonales etc. Se sugiere calendario de Cefalea que documente ocurrencia, severidad, factores gatillantes, etc.

Cada paciente debería poder reconocer el tipo de cefalea que lo aqueja y calificar la intensidad de modo de no abusar de medicación innecesaria.

Leve: permite actividades vida diaria (AVD)

Moderada: Limita AVD

Severa: Impide AVD

Ultra severa : Requiere hospitalización.

#### **6.4.2. Tratamiento Farmacológico**

Según el tipo de cefalea se diferencian estrategias sintomáticas (abortivas) y Preventivas (Profilácticas).

##### **6.4.2.1. Terapia Sintomática General** (escalonada según severidad):

Primera línea (vo) : Paracetamol, AAS, AINE ( Ibuprofeno, Naproxeno, Ketoprofeno), Ketorolaco etc.

Segunda línea: Ergotaminicos, Triptanes (vo, inhalacion, sublingual, rectal)

Tercera línea: Uso parenteral: AINES, metoclopramida, Clorpromazina, Sumatriptan, Corticoides.

Cuarta línea: Narcóticos: Morfina, Meperidina

**6.4.2.2 Terapia Profiláctica en Migraña:** (con 2 o más crisis al menos moderadas, por semana). Inicie el tratamiento idealmente sin mediar nitritos ni ACO.

-Betabloqueadores: Propanolol iniciar con 20 mg 2 v/día y aumento gradual. Atenolol: iniciar 50 mg/día.

-Bloqueadores del Calcio: Nifedipino, Verapamilo, Flunarizina\*

-Tricíclicos: Amitriptilina 25 mg/noche inicial

-Estabilizadores de membrana: Ac. Valproico 200 mg con incremento gradual. Fenitoina 100 mg 2 v/día

-Otros : Metisergida, Ciproheptadina, Ergonovina.



- Localización
- Carácter
- Intensidad
- Síntomas acompañantes
- Historia familiar
- Medicación en uso
- Factores Gatillantes/atenuantes

Generales: co-morbilidad, Sueño, hábitos (Tabaquismo, drogas etc), Alergias, Uso de ACO, historial gineco-obstétrico (Trombofilias ) etc.

### **6.3.2. Examen Físico General**

- Patología ocular (glaucoma, vicios refracción etc)
- Patología Maxilofacial (sinusitis, sinovitis temporomandibular etc)
- Patología oto-mastoidea
- Arteritis temporal
- Artrosis cervical
- otros: anemia, bocio, HTA, fiebre etc

### **6.3.3. Examen Neurológico**

-Signos de Alarma:

Ej: Alteración cualitativa de conciencia, anomalía de P. craneales, focalización (hemiparesia, afasia, babinski, etc),rigidez de nuca, soplo craneal, trastorno esfinteriano, etc.

### **6.3.4 Estudio complementario con neuro-imagen:**

Está orientado a la cefalea secundaria y por lo tanto debe ser enviado a Neurología, donde será solicitado el examen.

## **6.4. Manejo en APS:**

**6.4.1 Tratamiento no farmacológico:** La aproximación inicial debe contemplar 2 aspectos:

**6.4.1.1 Psicológicos:** Manejo del STRESS (humanizar la intervención con acogida, consejería, sugerir técnicas de relajación), apoyo por Psicólogo según el caso. Es fundamental la buena relación



## 6.2 Como reconocerlas:

### 6.2.1. Migraña común: (sin aura)

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

Al menos 5 ataques con las siguientes características:

- Duración 4 a 72 hrs.
- Dolor pulsante, unilateral, se agrava con ejercicio, intensidad moderada a severa (Limita o impide las actividades diarias).
- Nauseas y/o vómito
- Foto y sonofobia

### 6.2.2 Migraña Clásica : (con aura)

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

Al menos 2 ataques con las siguientes características:

- Presencia de "AURA" o síntoma cortico-cerebral focal reversible
  - El AURA no dura más de 60 minutos
  - Intervalo libre ataque-aura no dura más de 60 minutos
  - Desarrollo gradual del AURA sobre más de 4 minutos
- Ej. de AURA: Escotoma en campo visual, déficit sensitivo etc.

### 6.2.3. Cefalea tipo Tensional:

Historia, ex. Físico y/o Neurológico no sugieren otra etiología.

- Frecuencia de 15 días/ mes por 6 meses como mínimo o 180 días /año
- Dolor opresivo en banda o cintillo, no pulsante, bilateral, difuso, no aumenta con ejercicio.
- Leve a moderado (limita pero no impide actividad), en aumento durante el día.
- No presentan Vomito, a veces leve nauseas y/o fotofobia y/o fonofobia
- Habitualmente existe un contexto aflictivo y estresores psicosociales.

## 6.3 Evaluación en APS:

### 6.3.1 Anamnesis completa:

Relativo a la Cefalea:

- Perfil temporal
- Frecuencia
- Duración



**2. Objetivo:**

- 2.1. Estandarizar el proceso de derivación en pacientes con cefalea en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

**3. Alcance:**

- 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU  
3.2. Médico UEA/ Hospital  
3.3. Médico Especialista CAE/Hospital

**4. Responsabilidad:**

- 4.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria  
4.2. Jefe de policlínico de especialidades.  
4.3. Director de Hospital

- 5. Fundamento:** la estandarización de esta patología contribuirá a su adecuado manejo y derivación.

**6. Definiciones**

**6.1. Clasificación según la IHS (International Headache Society)**

- 1) Migraña (Clásica, Común, complicada: Formas Retiniana, Basilar, oftalmopléjica, hemipléjica familiar, etc. )
- 2) Cefalea Tipo Tensional (Episódica y Crónica c/ y s/ desorden de músculos epicráneos, Psicógena etc.)
- 3) Cefalea en racimo "Cluster"( Histamínico resistente de Bing- Horton)
- 4) Hemicránea paroxística crónica
- 5) Cefalea inducida por fármacos (Cefalea de rebote por analgésicos y Ergotamínicos)
- 6) Cefalea asociada a otras condiciones médicas: Metabólicas, tumores SNC, trauma, accidente cerebrovascular, infecciones, etc.



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 correo electrónico de fecha 05 de octubre de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el periodo 2100 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de 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 Cefalea 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 CEFALEA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2010 – 2013**

1. **Introducción:** La cefalea es una patología extremadamente común y motivo principal de consulta médica. Su prevalencia global en hombres es de 93% y mujeres 99%, en ambos sexos más de 90% corresponden a formas de Migraña (8% v/s 20%), cefalea Tipo tensional (65%v/s 75%) y formas mixtas.





**MINISTERIO DE SALUD**  
Servicio de Salud  
Viña del Mar-Quillota  
Int. N° 346 de 05.10.2011

## RESOLUCIÓN EXENTA N° 5102

VIÑA DEL MAR, 13 OCT. 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.

