



GUÍA CLÍNICA DE TRIAJE TELEFÓNICO:

Para Demandas Asistenciales por **CEFALEA**

TD: A11

Versión consensuada por grupo de trabajo EPES-PAUE **Febrero 2011**

Modificado Febrero 2012

Revisión **Junio 2018**

INTRODUCCIÓN:

La cefalea es un síntoma frecuente en la práctica clínica diaria y por lo tanto uno de los más frecuentes motivos de consulta a todos los niveles (atención primaria, especializada y urgencias). Si bien la mayoría de las ocasiones se refieren a cuadros de cefaleas primarias (cefaleas crónicas, migrañas,...) la diferente repercusión y manejo terapéutico hacen muy importante su distinción. El principal objetivo en el estudio y manejo de la cefalea en el área de urgencias es la exclusión de las cefaleas orgánicas o secundarias de las primarias o esenciales.

Es de crucial importancia la identificación de signos de alarma o de focalidad neurológica para determinar la prioridad en la atención. Serán considerados signos de alarma o focalidad (Sánchez del Río González M, 2015):

- Cefalea de comienzo reciente en mayores de 50 años.
- Cefalea de inicio reciente que empeora con el paso del tiempo en intensidad y frecuencia.
- Falta de respuesta a tratamientos previamente efectivos o no respuesta al tratamiento habitual.
- Cefalea que produce despertar durante el sueño o de predominio nocturno.
- Cefalea de inicio brusco.
- Cefalea que empeora con las posturas, maniobras de Valsalva (tos, estornudos, etc.).
- Localización unilateral estricta (salvo la cefalea en racimos).
- Cefalea asociada a: signos neurológicos (síndrome meníngeo, papiledema, alteraciones del campo visual, crisis epiléptica, vómitos en escopetazo), fiebre sin foco, alteración del nivel de consciencia.
- Neoplasia y/o inmunodepresión.
- Diátesis hemorrágica.
- Disminución del pulso de la arteria temporal

Desde el punto de vista de coordinación y persiguiendo ese objetivo se ha establecido un protocolo de preguntas que permita discriminar aquellas situaciones potencialmente graves que puedan comprometer la vida del paciente y cuyo síntoma principal sea la cefalea.



PUERTA DE ENTRADA:

Se utilizará como puerta de entrada a este protocolo aquellas llamadas que identifican como síntoma predominante el dolor de cabeza, pudiendo también ser esto expresado por el usuario como: cefalea, migraña, jaqueca o hemicránea.

PREGUNTAS:

1.- ¿Cómo comenzó el dolor?

- a. De forma súbita, de repente (bruscamente)
- b. De forma progresiva (de minutos a horas)
- c. A lo largo de días o semanas (subaguda)

2.- ¿Desde cuándo tiene dolores de cabeza?

- a. Es la primera vez/nunca había tenido
- b. Recientemente (semanas/meses)
- c. Desde hace años/con frecuencia

3.- Además del dolor de cabeza, ¿presenta algún otro síntoma? (desde que comenzó la cefalea)

- c.a. Alteración del nivel de conciencia (desorientación, confusión,...)
- c.b. Síntomas neurológicos (pérdida de fuerza en hemicuerpo, parestesias, hormigueos, visión borrosa, desviación comisura labial, dificultad en habla,...)
- c.c. Fiebre, dolores musculares
- c.d. Náuseas y/o vómitos
- c.e. Otros (anotar en medidas)
- c.f. No presenta otros síntomas

4.- ¿Padece alguna enfermedad?

- a. Hipertensión arterial
- b. Jaquecas/migrañas
- c. Cáncer
- d. Paciente inmunodeprimido (VIH, trasplantado)
- e. Tratamiento con anticoagulantes (sintrom) o problemas de coagulación
- f. Traumatismo craneal reciente
- g. Otros (especificar)
- h. No padece de nada

5.- En el caso de sufrir episodios anteriores, ¿el dolor que presenta hoy se parece al de otras ocasiones o ha cambiado?

- a. Similar a episodios habituales
- b. Es diferente. ¿En qué ha cambiado? (Intensidad, frecuencia, duración, no responde a tratamiento habitual). Anotar en medidas



6.- ¿Ha tomado algo para el dolor?

- a. No
- b. Sí (anotar en medidas)

***** Pulse aquí para ver la respuesta si no intervino el coordinador ni saltó una alerta**

CONSEJOS:

- Reposo
- Evitar la luz y ruidos
- Evitar factores desencadenantes: estrés, no comer, clima (excesivo calor o frío), movimientos bruscos, alcohol, trastornos del sueño,....
- Toma de analgésicos habituales y antieméticos prescritos por su médico si no existen alergias conocidas.
- Evitar el abuso de analgésicos (posible causa de la cefalea en ocasiones)
- Consulta con su médico de familia

CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE RECURSOS:

Estas demandas tienen por defecto **Prioridad 2** y la guía establecerá reglas que permitan identificar potenciales situaciones de emergencia (prioridad 1), o bien situaciones que previsiblemente supondrían una disminución de la prioridad inicial.

- Alerta de **Prioridad 1** y activación de recurso **R1**:

Se considerará esta prioridad en aquellos cuadros que presenten síntomas de alarma sugerentes de gravedad

- 1a + 2a** primer episodio, inicio súbito
- 3a** alteración nivel consciencia
- 3b** síntomas neurológicos

Regla tipo **G** con Prioridad **1** y Mensaje específico:

Posible EMERGENCIA, active rápidamente Equipo de Emergencia 061, o en su defecto el Recurso de Soporte Vital Avanzado que corresponda (EM, TSC, ECA, etc.)



- Cambio a **Prioridad 3**:

La respuesta depende como en toda prioridad 3 de las posibilidades de desplazamiento del paciente:

- a. Imposibilidad física desplazamiento: Envío de recurso demorable
- b. Posibilidad de desplazamiento: derivación a EBAP o **SUAP**

2c + 5b desde hace años o con frecuencia, episodio diferente
3d + 4b Náuseas y/o vómitos, Jaquecas/migrañas

Regla Tipo **M** con Prioridad **3**

Mensaje:

Si el paciente NO tiene LIMITACIÓN EN SU MOVILIDAD

1. Remitir a Centro de Atención Primaria o Punto de Urgencias, según horario, por medios propios. Emplear el siguiente mensaje:
“**Su problema requiere la valoración por un médico. Le recomendamos que acuda a su punto de urgencias o a su Médico de Atención Primaria que son los lugares más adecuado para su atención**”
2. Dar los CONSEJOS que figuran en el Plan.
3. Si hubiera algún cambio en su estado, vuelva a llamarnos.

Si tiene LIMITACIÓN: activar UCE

- Cambio a **Prioridad 4**

La respuesta consistirá en consejos y cita con AP:

1b + 2c + 4b + 5a desde hace años o con frecuencia, inicio agudo, similar a episodios habituales, ant. jaquecas/ migrañas
1c + 2c + 4b + 5a desde hace años o con frecuencia, inicio subagudo, similar a episodios habituales, ant. jaquecas/ migrañas
1b + 3f + 4h inicio agudo, no presenta otros síntomas ni padece de nada
1c + 3f + 4h inicio subagudo, no presenta otros síntomas ni padece de nada

Regla Tipo **M** con **Prioridad 4**:

Mensaje:

Esta Demanda ha alcanzado Prioridad 4

Realizar las siguientes acciones:

- 1º Dar los CONSEJOS que figuran en el Plan
- 2º Recomendar revisión por su Médico de cabecera



- Solicitud de **ESCUCHA** al Médico Coordinador:

1c + 4f inicio subagudo, traumatismo craneal reciente
1c + 4e inicio subagudo, tratamiento con anticoagulantes

Regla Tipo **M**

Mensaje:

Solicite ESCUCHA al Médico Coordinador para la valoración de esta Demanda

- Si tras finalizado el plan no salta ninguna alarma ejecutar última línea del protocolo:

***** Pulse aquí para ver la respuesta si no intervino el coordinador ni saltó una alerta**

Regla Tipo **M**

Mensaje:

Solicite ESCUCHA al Médico Coordinador para la valoración de esta Demanda

BIBLIOGRAFÍA:

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cefalea: proceso asistencial integrado. Sevilla 2002. Disponible en URL:

http://www.csalud.juntaandalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=acceso_procesos

Liaño H (coord.). Plan de formación en neurología en internet: módulo de formación en cefaleas. Disponible en: URL <http://www.redcefaleas.org/rec/pfn/doc/indice.html>

Sociedad Española de Neurología. Grupo de Estudio de Cefaleas. Recomendaciones 2001: Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Disponible en: URL:<http://www.redcefaleas.org/rec/html/otras/rec01/recomendaciones.htm>

Castillo J (coord.). Recomendaciones SEMFyC: Cefaleas. Barcelona 1999.