

Caracterización clínica de la cefalea en adultos asistentes a consulta general en Municipio Chacao

Clinical characterization of headache in adults attending general consultation in Chacao Municipality

Luisa Melean¹, Gabriel Anzola², Álvaro Navarro³, Julia Castro⁴, Daniel Bermúdez⁵

RESUMEN

Se describen las características clínicas de la cefalea en individuos que acudieron a consulta en los ambulatorios del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS) en Chacao entre 5 de septiembre y 4 de octubre del 2022.

Metodología: Se aplicaron cuestionarios validados para estudiar cefalea primaria y sobreuso de medicamentos, registrándose las respuestas según criterios de la International Classification of Headache Disorders (ICHD) tercera versión, y se realizó análisis estadístico mediante prueba exacta de Fisher con IC 95 % y con un valor de $p < 0,05$ considerado significativo.

Resultados: 33 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, razón femenina: masculino de 4,5:1, rango de edad 18-86 años, media 47,43 años (DE: 21,59); 60,61 % cumplían criterios de migraña sin aura, 9,09 % migraña probable, 27,27 % cefalea de tipo

tensional, y 3,03 % cefalea de tipo tensional probable. Adicionalmente, 9,09 % presentó criterios compatibles con cefalea por sobreuso de medicamentos. Hubo asociación significativa en la distribución de los grupos etarios ($p < 0,0001$), intensidad ($p = 0,019$), carácter ($p = 0,007$), exacerbación con la actividad física ($p = 0,021$) según tipo de cefalea. Los medicamentos abortivos principalmente usados fueron antiinflamatorios no esteroideos y ergotamínicos. 51,52 % usaron 1 medicamento y 36,36 % varios. Solo 1 (3,03 %) reportó uso de tratamiento profiláctico.

Conclusión: Se encontró correspondencia entre características clínicas y tipo de cefalea según los criterios ICHD-III en la muestra estudiada, recomendándose usarlos al médico general y proseguir estudios de caracterización clínico-epidemiológica de la cefalea en el municipio.

Palabras clave: Cefalea, cefalea tipo migraña, cefalea de tipo tensional, cefalea por sobreuso de medicamentos, salud pública, características clínicas.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.s1.5>

ORCID: 0009-0000-0243-5751¹

ORCID: 0009-0004-0161-5258²

ORCID: 0009-0000-3214-6758³

ORCID: 0000-0002-9618-3571⁴

ORCID: 0009-0004-1048-3330⁵

¹Tutor. Jefe de Cátedra de Neurología, Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.
E-mail: lmmg1411@gmail.com

Recibido: 25 de octubre 2023

Aceptado: 29 de diciembre 2023

²Asesor. Gerente de ambulatorio. Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS) Bello Campo, Chacao.

E-mail: anzolagabriel7@gmail.com

³Internado de Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: dr.alvaront@gmail.com

⁴Internado de Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: castromjv@gmail.com

⁵Internado de Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: dbermudez221197@gmail.com

SUMMARY

The clinical characteristics of headache are described in individuals who attended general medical consultation in the ambulatory centers “Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud” (IMCAS) in Chacao between September 5th and October 4th of 2022.

Methodology: *Two validated questionnaires were applied to clinically characterize primary and medication-overuse headaches. Patients were classified according to ICHD-III criteria, and statistical analysis was performed using Fisher’s exact test with a CI of 95 % and a value of $p < 0.05$ considered significant.*

Results: *33 patients met the inclusion criteria, female: male ratio of 4.5:1 was found, age range 18-86 years, mean 47.43 years (SD: 21.59); 60.61 % met criteria for migraine without aura, 9.09 % probable migraine, 27.27 % tension-type headache, and 3.03 % probable tension-type headache. Additionally, 9.09 % had criteria compatible with medication overuse headaches. There was a significant association in the distribution of age groups ($p < 0.0001$), intensity ($p = 0.019$), character ($p = 0.007$), and exacerbation with physical activity ($p = 0.021$) according to the type of headache. The abortive medications mainly used were nonsteroidal anti-inflammatory and ergotamines. 51.52 % used a single medication, and 36.36 % used several. Only 1 (3.03 %) reported use of prophylactic treatment.*

Conclusion: *A correlation was found between clinical characteristics and type of headache according to the ICHD-III criteria in the studied sample, so general practitioners propose using said criteria to continue clinical-epidemiological characterization studies of headaches in the municipality.*

Keywords: *Headache, migraine, tension-type headache, medication overuse headache, public health, clinical characterization.*

INTRODUCCIÓN

La cefalea se define como la presencia de dolor de cabeza recurrente debido a diversas causas neurobiológicas, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa el síntoma neurológico más común, afectando aproximadamente a la mitad de la población adulta al menos una vez en su vida (1). Existen más de 300 tipos de dolor de cabeza o cefalea, que pueden dividirse en dos grandes grupos: las cefaleas primarias, entre las que se encuentran

la migraña, la cefalea tensional, la cefalea en acúmulos, cefalea crónica diaria y la neuralgia trigeminal, y las cefaleas secundarias, al igual que se agrupan a parte aquellas neuropatías craneales dolorosas, dolores faciales, y otras cefaleas (2).

Según el anuario de morbilidad nacional más reciente, del 2013, la cefalea representó, 868 000 consultas anuales, la séptima causa de consulta más frecuente y 3 % de todas las causas; además, resultó el motivo de consulta de carácter no infeccioso más frecuente en dicho año (3). Constituyen uno de los motivos más frecuentes en pacientes de todas las edades que asisten a consulta de Medicina General (4). En el caso de las cefaleas crónicas, son consideradas un problema de salud pública por su cuantía, por interferir con actividades de vida diaria, e incluso por constituir una causa de discapacidad. Para el año 2019, dos de los tipos más comunes de cefalea (cefalea tipo tensional y migraña) afectaba, cada uno, a un mínimo de 10 % de la población mundial, vale decir, 738 millones de personas cada uno, equivalente a 787 millones de personas en el 2021 aproximadamente (5).

Según la OMS, a nivel mundial las cefaleas primarias crónicas afectan entre el 1,7 a 4 % de la población adulta, y constituyen la segunda causa de discapacidad en adultos a nivel mundial. Si bien son síndromes que pueden presentarse en personas de cualquier edad, afectan mayormente a mujeres jóvenes (15-49 años), un grupo etario con alta contribución a la actividad económica de un país, lo que se corresponde con los datos que señalan a la cefalea como una causa de discapacidad al afectar la vida de adultos activos laboralmente (1,6,7).

El diagnóstico de cefaleas primarias como la cefalea tipo migraña y la cefalea tipo tensional viene dado por una serie de criterios clínicos, y de ahí su importancia para distinguir entre causas primarias y secundarias (2,8).

En Venezuela, Briceño y col., 2020, reportaron un estudio en el que se analizan los principales factores desencadenantes, condicionantes y predisponentes de la cefalea en la Parroquia Andrés Eloy Blanco, Municipio Miranda, Estado Mérida, en 121 individuos que acuden a jornadas de consulta en 3 sectores diferentes de la comunidad, y que cumplen con criterios diagnósticos de la III edición de la clasificación

Internacional de la Cefaleas Versión Beta. Este estudio demostró que la cefalea puede desencadenarse por alimentos y bebidas; en el grupo de adultos predominan los del sexo femenino con antecedentes familiares y/o con comorbilidades. Los hallazgos de este estudio poblacional al pie del paramo venezolano sugiere que la prevalencia de la cefalea tiene un origen multidimensional (9).

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características clínicas de la cefalea en pacientes mayores de 18 años, que asistieron a consulta en los ambulatorios IMCAS Altamira, Los Palos Grandes, Bello Campo, y “Guillermo Hernández Zozaya” en El Pedregal, adscritos a la red ambulatoria de Salud Chacao, Caracas, Venezuela.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico de tipo descriptivo, observacional, de campo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 402 pacientes que acudieron a la consulta de medicina general de los ambulatorios IMCAS Altamira, Los Palos Grandes, Bello Campo y “Guillermo Hernández Zozaya” en El Pedregal, de la red de atención primaria de Salud Chacao, en Caracas, Venezuela. Se realizó la encuesta a 34 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, lo cual representó una muestra equivalente al 8,45 % de la población que acudió a consulta de medicina general de los ambulatorios mencionados previamente, durante el período de 05 de septiembre al 04 de octubre de 2022.

Los criterios de inclusión fueron: aceptación de participación en el estudio mediante consentimiento informado, mayores de 18 años, con que el motivo de consulta o queja de importancia fuese “dolor de cabeza”, y cuyo dolor de cabeza tenga características clínicas de cefalea primaria o secundaria a sobreuso de medicamentos. Los criterios de exclusión fueron: menores a 18 años, pacientes que no acepten participar en el estudio; pacientes con disminución de la capacidad cognitiva por condiciones de base como demencia, discapacidad intelectual, enfermedad psiquiátrica que impida el

adecuado entendimiento del cuestionario, o que puedan consentir voluntariamente por sí mismos. También quienes nieguen presentar “dolor de cabeza”, o cuya cefalea presenta características clínicas de cefalea secundaria no asociada a medicamentos (ej. concomitante a síndromes virales, infecciones respiratorias, epilepsia, síndromes vertiginosos, o traumatismos).

Con el fin de registrar los datos recolectados, se utilizó como herramienta la aplicación para teléfonos celulares EpiCollect. El instrumento utilizado para la recolección de datos consistió en un cuestionario, adaptado a partir de los ideados por Kim y col. y por Katsuki y col., en el año 2022 (10,11) para evaluar: migraña, migraña probable, cefalea tensional, y cefalea por sobreuso de medicamentos, respectivamente, basados en los criterios diagnósticos especificados por la III edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas ICHD (*International Classification of Headache Disorders*) (2), comprendido por preguntas distribuidas de la siguiente forma:

La primera sección, basada en el cuestionario de Kim y col. (10), conformada por 2 preguntas abiertas respecto a la frecuencia y duración de las crisis de cefalea, y 5 preguntas cerradas respecto a las características clínicas de la cefalea según su intensidad, localización, concomitantes, y exacerbación con la actividad física. La segunda sección, basada en el cuestionario de Katsuki y col. (11), conformada por 9 preguntas abiertas numeradas del 1.5, 6.1, 6.2, 7.1 y 7.2, con respecto al sexo y edad del paciente, características de la cefalea de acuerdo con frecuencia, duración, intensidad, concomitantes, carácter, y medicamentos utilizados para atenuar la cefalea, frecuencia de uso de los mismos, y si utiliza o no fármacos profilácticos.

Se descargó un archivo de Excel en formato separado por comas (CSV) que, una vez convertido en XLSX, se procedió a analizar. Los análisis fueron realizados con estadística de tipo descriptivo, utilizando números y porcentajes, posteriormente mediante análisis cuantitativos se determinó la incidencia de cada tipo de cefalea. Para el análisis de asociación de variables categóricas, se utilizó la prueba exacta de Fisher, con intervalo de confianza de 95 %, considerando valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CEFALEA EN ADULTOS

El presente estudio se realizó acorde a los principios bioéticos habituales, con obtención del consentimiento informado, sin coacción de los participantes, habiendo explicado los métodos y finalidad del estudio. Se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos. Igualmente, se mantuvo respeto a la transparencia durante la recolección de los datos e interpretación de los resultados.

RESULTADOS

Se les realizó la encuesta a 34 pacientes, de los cuales 1 presentó sintomatología de cefalea secundaria a trastorno cervical, por lo cual fue excluido del análisis estadístico de los datos. De los 33 pacientes entrevistados, la muestra estuvo conformada por 6 hombres y 27 mujeres, con

una relación entre ambos sexos 1:4,5, y con un rango de edad entre 18-86 años para una media de 47,43 años (DE = 21,59).

Con respecto a la caracterización de las cefaleas de la muestra estudiada, 20 (60,61 %) pacientes cumplían criterios compatibles con migraña sin aura, 3 (9,09 %) cumplían criterios de migraña probable, 9 (27,27 %) pacientes cumplían criterios de cefalea tipo tensional (incluyendo aquellos con formas episódicas infrecuente y frecuente, así como aquellos con cefalea crónica tipo tensional), y 1 (3,03 %) cumplía criterios de cefalea tensional probable.

Se utilizaron los grupos etarios de 18-40 años, 41-65 años, y > 65 años, calculados en base a distribución en intervalos equitativos para que cada grupo tuviera la misma posibilidad de variabilidad dentro de la muestra recolectada.

Cuadro 1. Características demográficas de la muestra estudiada.

Características	Frecuencia simple (Porcentajes, %)
Total de la muestra (n)	33 (100,00)
Sexo	
Femenino	27 (81,82)
Masculino	6 (18,18)
Edad	
< 20 años	2 (6,06)
20-29 años	5 (15,15)
30-39 años	8 (24,24)
40-49 años	5 (15,15)
50-59 años	3 (9,09)
60-69 años	4 (12,12)
70-79 años	3 (9,09)
80-89 años	3 (9,09)
Proveniencia	
Municipio Chacao	28 (84,85)
Altamira	1 (3,57)
Bello Campo	10 (35,71)
Bucaral	1 (3,57)
Chacao	4 (14,29)
El Pedregal	4 (14,29)
El Rosal	1 (3,57)
La Floresta	2 (7,14)
Los Palos Grandes	5 (17,86)
Fuera del Municipio Chacao	5 (15,15)

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

En los Cuadros 2-4 se describe la distribución de las cefaleas de acuerdo con el tipo descrito, según sexo, proveniencia y grupo etario de los pacientes encuestados, respectivamente.

Cuadro 2. Distribución de tipo de cefalea según el sexo.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Sexo		Test exacto de Fisher
		Masculino	Femenino	
Media de edad (desviación estándar)	47,43 (21,60)	50,50 (28,32)	46,73 (22,61)	No aplica
Cefaleas tipo migraña	23	5	18	p = 0,367*
Migraña sin aura	20	4	16	
Migraña probable	3	1	2	
Cefaleas tipo tensional	10	1	9	p = 0,304**
Cefalea tipo tensional	9	1	8	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 3. Distribución de tipo de cefalea según proveniencia del paciente.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Proveniencia		Test exacto de Fisher
		Chacao	Fuera de Chacao	
Cefaleas tipo migraña	23	19	4	p = 0,432*
Migraña sin aura	20	17	3	
Migraña probable	3	2	1	
Cefaleas tipo tensional	10	9	1	p = 0,373**
Cefalea tipo tensional	9	8	1	
Cefalea tipo tensional probable	1	1	0	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 4. Distribución de tipo de cefalea según el grupo etario.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Grupo etario			Test exacto de Fisher
		18-40	41-65	> 65	
Cefaleas tipo migraña	23	11	5	7	p = 0,0001*
Migraña sin aura	20	10	5	5	
Migraña probable	3	1	0	2	
Cefaleas tipo tensional	10	4	3	3	p < 0,0001**
Cefalea tipo tensional	9	4	2	3	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	0	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CEFALEA EN ADULTOS

En los Cuadros 5-11, se muestra lo referente a las características clínicas de cada cefalea con respecto a la duración, periodicidad, localización, intensidad (gravedad), carácter, concomitantes

(evaluadas como la presencia o no de náuseas y/o vómitos, fotofobia, y fonofobia), y exacerbación con la actividad física habitual.

Cuadro 5. Caracterización clínica de la cefalea de acuerdo con su intensidad.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Intensidad			Test exacto de Fisher
		Leve	Moderado	Severo	
Cefaleas tipo migraña	23	1	12	10	p = 0,019*
Migraña sin aura	20	1	10	9	
Migraña probable	3	0	2	1	
Cefaleas tipo tensional	10	1	8	1	p = 0,015**
Cefalea tipo tensional	9	1	7	1	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	0	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 6. Caracterización clínica de la cefalea de acuerdo con su localización.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Localización		Prueba exacto de Fisher
		Unilateral	Bilateral	
Cefaleas tipo migraña	23	10	13	p = 0,271*
Migraña sin aura	20	9	11	
Migraña probable	3	1	2	
Cefaleas tipo tensional	10	3	7	p = 0,240**
Cefalea tipo tensional	9	3	6	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 7. Recuento de tipos de cefalea de acuerdo con su carácter primario en la muestra estudiada.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Carácter				
		PUL	OPR	AFL	EXP	MAR
Cefaleas tipo migraña	23	16	3	2	2	0
Migraña sin aura	20	14	2	2	2	0
Migraña probable	3	2	1	0	0	0
Cefaleas tipo tensional	10	3	5	2	0	0
Cefalea tipo tensional	9	3	5	1	0	0
Cefalea tipo tensional probable	1	0	0	1	0	0

Leyenda: PUL - Pulsátil. OPR - Opresivo. AFL - Afilado. EXP - "Como si me explotara la cabeza". MAR - Martillazo.

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 8. Caracterización clínica de la cefalea de acuerdo con su carácter primario.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Carácter			Test exacto de Fisher
		Pulsante	Opresivo	Afilado	
Cefaleas tipo migraña	21	16	3	2	p = 0,009*
Migraña sin aura	18	4	2	2	
Migraña probable	3	2	1	0	
Cefaleas tipo tensional	10	3	5	2	p = 0,007**
Cefalea tipo tensional	9	3	5	1	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	0	1	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 9. Recuento de tipos de cefalea de acuerdo con la presencia de náuseas, vómitos, fotofobia y/o fonofobia

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Síntoma concomitante presente			
		Náuseas	Vómitos	Fotofobia	
Cefaleas tipo migraña	23	12	5	13	17
Migraña sin aura	20	11	5	11	17
Migraña probable	3	1	0	2	0
Cefaleas tipo tensional	10	0	0	0	3
Cefalea tipo tensional	9	0	0	0	3
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	1	0

Nota: Los síntomas concomitantes no son mutuamente excluyentes.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 10. Caracterización clínica de la cefalea según la presencia o no de empeoramiento de la cefalea con la actividad física habitual.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	¿Se exagera?		Test exacto de Fisher
		Sí	No	
Cefaleas tipo migraña	23	17	6	p = 0,038**
Migraña sin aura	20	15	5	
Migraña probable	3	2	1	
Cefaleas tipo tensional	10	3	7	p = 0,021**
Cefalea tipo tensional	9	3	6	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

En lo que respecta a los tratamientos farmacológicos utilizados como terapia abortiva de las crisis de cefalea, 17 (51,52 %) pacientes utilizaron un solo fármaco para control

sintomático, 12 (36,36 %) pacientes han utilizado más de un fármaco, y 4 (12,12 %) no utilizaron fármaco como terapia abortiva. En los Cuadros 12-14 se muestra el perfil terapéutico utilizado.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CEFALEA EN ADULTOS

Cuadro 11. Caracterización clínica de la cefalea según periodicidad mensual de las crisis.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Periodicidad		Test exacto de Fisher
		< 15 días	≥ 15 días	
Cefaleas tipo migraña	23	14	9	p = 0,233*
Migraña sin aura	20	12	8	
Migraña probable	3	2	1	
Cefaleas tipo tensional	10	5	5	p = 0,251**
Cefalea tipo tensional	9	4	5	
Cefalea tipo tensional probable	1	1	0	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 12. Recuento de tipos de cefalea de acuerdo con su carácter primario en la muestra estudiada.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Medicamento abortivo principal						
		ACE	IBU	DIC	KET	AAS	MIG	No usa
Cefaleas tipo migraña	23	10	6	1	2	1	2	1
Migraña sin aura	20	8	5	1	2	1	2	1
Migraña probable	3	2	1	0	0	0	0	0
Cefaleas tipo tensional	10	4	4	0	0	0	0	2
Cefalea tipo tensional	9	4	4	0	0	0	0	1
Cefalea tipo tensional probable	1	0	0	0	0	0	0	1

Leyenda: ACE - Acetaminofén, IBU - Ibuprofeno, DIC - Diclofenac, KET - Ketoprofeno, AAS - Aspirina, MIG - Migren® (Acetaminofen + Dihidroergotamina + Cafeína).

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Cuadro 13. Uso de Acetaminofén e Ibuprofeno de acuerdo con el tipo de cefalea.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Medicamento utilizado		Test exacto de Fisher
		Acetaminofen	Ibuprofeno	
Cefaleas tipo migraña	16	10	6	p = 0,307**
Migraña sin aura	13	8	5	
Migraña probable	3	2	1	
Cefaleas tipo tensional	8	4	4	p = 0,244**
Cefalea tipo tensional	8	4	4	
Cefalea tipo tensional probable	0	0	0	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

Y de acuerdo a los criterios descritos previamente, solo 3 (9,09 %) pacientes reportaron utilizar medicación abortiva por más de 15 días al mes para considerarlos como posibles candidatos

a presentar cefalea por sobreuso de medicamentos si dicho uso se presentó durante 3 meses continuos, siendo el grupo farmacológico más utilizado los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), y los

Cuadro 14. Uso de más de un (1) medicamento como terapia abortiva según tipo de cefalea.

Cefalea primaria según diagnóstico	Total	Usa > 1 medicamento		Test exacto de Fisher
		Sí	No	
Cefaleas tipo migraña	23	7	16	p = 0,279*
Migraña sin aura	20	7	13	
Migraña probable	3	0	3	
Cefaleas tipo tensional	10	2	8	p = 0,286**
Cefalea tipo tensional	9	2	7	
Cefalea tipo tensional probable	1	0	1	

Nota: (*) Sin considerar cefaleas probables. (**) Considerando cefaleas probables.

Fuente: Datos compilados por los investigadores.

medicamentos usados primariamente fueron Acetaminofén, Ácido acetilsalicílico e Ibuprofeno (2 casos utilizaron principalmente Acetaminofén, 1 caso Ácido acetilsalicílico; 2 casos utilizaron Ibuprofeno como medicación secundaria, mas no combinada). No se describieron pacientes con cefalea por abuso de combinaciones de medicamentos. Solo 1 paciente (3,03 %) reportó uso profiláctico de Ibuprofeno.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, en concordancia a lo descrito epidemiológicamente en estudios de prevalencia tanto en Venezuela como a nivel mundial (3,6,7); la población principalmente afectada, sobre todo por migraña, se encontró en los intervalos de edad productiva. La mayoría de los pacientes que refirieron cefalea como motivo de consulta, presentaron crisis de moderada a severa intensidad, con alta intensidad durante las crisis de migraña, como se ha descrito clínicamente en los criterios diagnósticos para cada subtipo descritos por la ICHD-III.

Con respecto a las características de las crisis de cefalea, se verificaron las diferencias descritas previamente para los criterios diagnósticos, encontrándose un carácter predominantemente pulsátil para las crisis migrañosas, y predominantemente opresivo para las crisis de dolor de tipo tensional. Igualmente, la presencia de concomitantes obtenida de la

muestra estudiada se observó diferenciada entre los tipos de cefalea descritos, con mayor prevalencia de náuseas y/o vómitos, o fotofobia y fonofobia en las crisis migrañosas, así como la ausencia de las mismas en las crisis de cefalea tipo tensional, cuya presencia cuestiona el diagnóstico de la misma.

De acuerdo con la periodicidad de las crisis, la cual pudiera guardar relación con los días de ausentismo escolar, laboral o social (11), no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tipos de cefalea estudiados, a pesar de una mayor frecuencia de menos de 15 días al mes de la mayoría de las crisis. La duración media con dolor entre todos los encuestados fue de 12 días, que pudiera atisbar la carga producida por las crisis recurrentes de cefalea a nivel socioeconómico (12,13).

En el uso de medicamentos abortivos, el bajo uso de fármacos distintos a los AINEs, pudiera relacionarse con una menor disponibilidad al público, y costos, sobre todo de triptanos y opioides, así como el temor a los efectos adversos y potencial adictivo del último grupo señalado. Es de relevancia destacar el no uso de la medicación profiláctica, del cual se ha evidenciado disminuye la severidad y recurrencia de las crisis, sobre todo de pacientes migrañosos (13).

CONCLUSIONES

En la muestra se obtuvo una mayor prevalencia de cefaleas tipo migraña, sobre todo en pacientes

femeninos, y de forma significativa en grupo de población en edad productiva (18-40 años). Los perfiles clínicos descritos semiológicamente en el ALICIA DEPH (Aparición, Localización, Irradiación, Carácter/Concomitantes, Intensidad, Atenuantes, Desencadenantes, Exacerbantes, Periodicidad, Horario), concordaron en gran medida con los criterios descritos en la ICHD-III en la muestra estudiada, tanto para la cefalea tipo migraña como la cefalea tipo tensional. Se observó un uso predominante de AINEs, y en menor medida de compuestos de AINEs con ergotamínicos y cafeína, así como un desconocimiento y consecuente no uso de la medicación profiláctica en la muestra estudiada, posiblemente porque quienes la indican son los neurólogos y es probable que pocos asistan a esa consulta. Asimismo, se encontró un uso prolongado e inadecuado de AINEs sin combinaciones.

Para la concientización de la población, es importante destacar: los trastornos por cefalea son de alta prevalencia, una causa importante de discapacidad, y representan una carga para la comunidad dada por los días de ausentismo laboral, escolar y social durante las crisis. Considerar la disminución percibida de la calidad de vida, y reconocer la importancia del control de dichos trastornos por parte del médico general y especialistas clínicos, así como el uso de los criterios diagnósticos para cada subtipo para diferenciarlas de las cefaleas secundarias a trastornos comunes como: hipertensión arterial, infecciones respiratorias, trastornos musculoesqueléticos y traumatismos. El diseño de material educativo de apoyo debería orientarse hacia las medidas preventivas y atenuantes durante las crisis de cefalea, así como de los beneficios de la terapia profiláctica adecuada.

Se recomienda incentivar a los médicos generales a no restarle importancia a las cefaleas, dada la carga que puede conllevar, con nociones adecuadas para su caracterización mediante los criterios descritos por la ICHD para cefaleas primarias y secundarias como la causada por sobreuso de medicamento, dada la mayor vulnerabilidad de pacientes con cefaleas primarias a buscar aliviar el dolor por automedicación.

REFERENCIAS

1. WHO. Headache disorders. World Health Organization, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
2. Olesen J, Bendtsen L, Dodick D, Ducros A, Evers S, First M, et al. III edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
3. Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela: Anuario de Morbilidad 2013. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2017.
4. López A, Bellosta E, Viloria A, Marín G, Laguna J, Santos S. Headache as a reason for consultation: The primary care perspective. Neurology. 2021;36(8):597-602.
5. Global Burden of Disease Study Group 2019. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-1222.
6. Saylor D, Steiner T. The Global Burden of Headache. Semin Neurol. 2018;38(2):182-190.
7. Steiner T, Stovner L, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z, and on behalf of Lifting the Burden: The Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain. 2020;21(1):137.
8. Robbins M. Diagnosis and Management of Headache: A Review. JAMA. 2021;325(18):1874-1885.
9. Briceño J, Angulo L, Chipia J. Cefalea al pie del páramo venezolano: reporte de un caso comunitario en la parroquia Andrés Eloy Blanco, Mérida, 2019. Revista GICOS. 2020;5(1):6-17.
10. Kim K, Kim A, Lee W, Jang B, Heo K, Chu M. Development and validation of a web-based headache diagnosis questionnaire. Sci Rep. 2022;12(1):7032.
11. Katsuki M, Kawahara J, Matsumori Y, Yamagishi C, Koh A, Kawamura S, et al. Questionnaire-based survey on the prevalence of medication-overuse headache in Japanese one city—Itoigawa study. Neurol Sci. 2022;43(6):3811-3822. doi
12. Yucel A, Thach A, Kumar S, Loden C, Bensink M, Goldfarb N. Estimating the Economic Burden of Migraine on US Employers. American J Managed Care. 2020;26(12):e403-e408.
13. Sociedad Española de Neurología. Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. Editorial Universidad de Sevilla, 2018. Disponible: <https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2019/01/3302.Libro-Atlas-MigranS%CC%A7a.pdf>