

Original

KRANION 2001; 1: 5-11

Cefalea crónica diaria y abuso de analgésicos

S. MORENO GUTIÉRREZ*, I. CASTELLÀ I DAGÀ**, J. PRAT ROJO***

RESUMEN

Presentamos un estudio descriptivo transversal realizado en un centro de asistencia primaria del área metropolitana de Barcelona.

Objetivo: Estimar la prevalencia de cefalea crónica diaria (CCD) y el abuso de analgésicos (AA) en la población general, y cómo ésta afecta a su calidad de vida. **Material y métodos:** Entre las personas que acudían al centro por cualquier motivo se detectaron, mediante encuesta, las que cumplían criterios de CCD. En visita programada se investigaron las características de la cefalea, consumo de analgésicos y calidad de vida.

Resultados: El 15,2% cumplían criterios de CCD. Presentaban migraña transformada (MT) el 46,5%, cefalea tensional crónica (CTC) el 39,4% y cefalea crónica de inicio reciente (CCIR) el 14,1%. La edad media de cronificación era 34,3 años sin diferencias según sexo ni tipo de cefalea. La prevalencia de AA era de 33,8%, por analgésicos simples 32,4%, ergóticos 1,4% y combinación de fármacos el 12,7%). La media de años de AA era de 4,6. La cefalea incapacitaba a nivel laboral al 24,3%, a nivel personal al 61,4%, y en ambos al 28,6% sin diferencias según sexo ni tipo de cefalea. En las ocho semanas previas hubo ausencia laboral

SUMMARY

Presentation of a transversal descriptive study performed in a Primary Health Care Centre in the Barcelona metropolitan area.

Aim: Estimate the prevalence of chronic daily headache (CDH) and the abusive use of analgesics (AA) in the general population and how this affects their quality of life.

Material and method: A questionnaire was used to detect patents suffering from CDH from among all the people who attended the Centre for any reason at all. A visit was then programmed to determine the characteristics of the headache, consumption of analgesics and quality of life.

Results: A total of 15.2% patients complied with the criteria for CDH. Of these, 46.5% presented transformed migraine (TM), 39.4% chronic tension headache (CTH), and 14.1% chronic headache of recent onset (CHRO). The mean age when the chronic condition became apparent was 34.3 years without any difference between sexes nor type of headache. The prevalence of AA was 32.4% for simple analgesics, 1.4% for ergotamine derivatives and 12.7% for a combination of drugs. The mean duration of the AA was 4.6 years. Headache leading to incapacity to work was prevalent in 24.3% of patients, at a personal level in 61.4%, and both in 28.6% of cases, without there being any difference between sexes nor type of headache. In the preceding eight weeks absence from work had occurred in 31% of cases, and 9.8% had attended a hospital

*Médico de Familia, ABS Ramona Via (El Prat Ll., Barcelona) **Médico de Familia, ABS Salt (Girona) ***Neurólogo, Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona)

en el 31%, y un 9,8% acudieron a urgencias por cefalea, sin precisar ninguno ingreso hospitalario. **Conclusiones:** La prevalencia de CCD y AA es elevada. Su repercusión sobre la calidad de vida, tanto profesional como personal, ponen de manifiesto la relevancia de su detección y tratamiento.

Palabras clave: Cefalea crónica diaria. Abuso de analgésicos. Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente tanto en la consulta del médico de familia como en la del neurólogo. Más del 90% de la población general ha sufrido algún episodio a lo largo de su vida¹. En la mayoría de casos se trata de episodios ocasionales y de media intensidad, pero cuando son frecuentes o graves afectan la vida personal y laboral del paciente causándole gran sufrimiento.

Se ha definido cefalea crónica diaria (CCD) como presencia de cefalea al menos 15 días al mes durante un período mínimo de 3 meses. Es una entidad frecuente, y aunque no se conoce su prevalencia en nuestro medio, se estima que afecta al 2-3% de la población general² y al 40-75% de los pacientes vistos en una consulta específica de cefalea³. La CCD se puede clasificar en migraña transformada (MT), cefalea tensional crónica (CTC), cefalea crónica de inicio reciente (CCIR) y hemicránea crónica, según si la CCD se precede de migrañas episódicas, cefalea tensional episódica, ausencia de cefalea previa o hemicránea paroxística respectivamente.

En los pacientes con CCD aparecen con frecuencia alteraciones del sueño (trastornos del inicio, del mantenimiento o despertar precoz) en el 71%², síntomas de ansiedad (36%), depresión (39%)^{2,5} y abuso de analgésicos (en el 66-87,2%)^{2,5-7}.

Los pacientes con migraña o CTC suelen tomar múltiples analgésicos en el tratamiento de sus crisis. De forma progresiva se va produciendo un fenómeno de tolerancia que lleva al consumo de elevadas dosis cada vez más frecuentes. Algunos pacientes comienzan a tomar el tratamiento de forma preventiva (ante reuniones, fines de semana, vacaciones...). Como el paciente no tiene la seguridad de predecir cuál de sus cefaleas menores desarrollará una crisis grave, el miedo a ésta le lleva a un consumo innecesario de analgésicos. Además, al dejar los analgésicos

emergency ward for headache, but no case required hospital admission.

Conclusions: The prevalence of CDH and AA is quite high. The repercussions on the quality of life, both professional and personal, is proof of the relevancy of its detection and treatment.

Key words: Chronic Daily Headache. Abusive use of analgesics. Primary Health Care.

cos de forma brusca se intensifica la intensidad de la cefalea acompañándose de náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, insomnio y gran nerviosismo como manifestación de un auténtico síndrome de abstinencia^{2,3,8}. Todo esto hace que se desarrolle una cefalea por abuso de analgésicos (CAA) sin respuesta al tratamiento preventivo⁷. Se han relacionado todo tipo de analgésicos, sobre todo aquellos que combinan analgésicos simples con cafeína, barbitúricos, benzodiacepinas o narcóticos, aunque también se han descrito con AAS, paracetamol e incluso sumatriptán^{2,9}. No se conoce el mecanismo exacto por el cual el abuso de analgésicos produce CCD. Se ha relacionado con una alteración de neurotransmisores. El hecho de que los pacientes que abusan de analgésicos por otros motivos, pero que no presentan cefalea, no desarrollen CAA hace pensar que existe una predisposición o vulnerabilidad^{2,6-8}. Hay que sospechar cefalea por abuso de analgésicos ante una cefalea diaria en la que se consume una cantidad excesiva de fármacos y éstos sólo alivian temporalmente el dolor. En este tipo de pacientes es fundamental el abandono del tratamiento analgésico^{2,3,6,8,10}.

Hay pocos estudios sobre prevalencia de CCD. Se supone que la prevalencia puede ser superior a la descrita, ya que suelen ser pacientes con cefalea de años de evolución y que consumen analgésicos de forma no controlada por facultativos (se estima que 75-95% de las personas que toman analgésicos lo hacen sin prescripción facultativa⁸).

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de CCD y el abuso de analgésicos en la población general. Como objetivos secundarios se analizaron las características de la CCD y cómo esta afecta a la calidad de vida.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio transversal descriptivo en el Centro de Salud Dr. Pujol i Capsada de El

Prat de Llobregat (Barcelona). La población cubierta es de 13.000 habitantes aproximadamente.

Se incluyeron todos los pacientes que tenían entre 15 y 65 años y que acudieron a las tres consultas de medicina general del turno de mañana por cualquier motivo (excepto urgencias).

Como criterios de exclusión se establecieron deficiencias mentales, patología psiquiátrica grave, neuralgias craneales, cefalea postraumática, asociada a enfermedades vasculares, secundaria a patología local (patología cervical degenerativa, patología ocular, dentaria, de la articulación temporomandibular o sinusitis) y cefalea secundaria a enfermedad intracraneal no vascular (neoplasia, hipertensión craneal, hidrocefalea...).

Con una prevalencia estimada de CCD del 2%, una precisión de 1% y un error alfa de 0,05 el tamaño de la muestra calculado es de 753 pacientes.

La recogida de datos se realizó entre agosto y noviembre de 1998.

Se efectuó una prueba piloto para realizar modificaciones en el cuestionario.

La muestra se seleccionó de forma aleatoria sistemática a partir de las listas de pacientes programados. Se pasó un breve cuestionario a uno de cada tres pacientes que cumplían criterios de inclusión. El cuestionario constaba de cinco preguntas más un ítem que rellenaba el facultativo según si cumplía o no criterios de CCD (Tabla I).

Se definió como CCD la presencia de cefalea al menos 15 días al mes en los últimos tres meses.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete informático SPSS-PC versión 4.0. Se ha efectuado estadística descriptiva de las variables y de las comparaciones entre ellas utilizando el análisis de la varianza y test de Ji-cuadrado según el tipo de variables.

A aquellos pacientes que cumplían criterios de CCD se les citaba a una consulta programada en la que se les pasaba un amplio cuestionario (traducido del utilizado por Cavallini *et al.*)¹¹ (Tabla II) sobre las características de su CCD, consumo de analgésicos y calidad de vida. Se les hacía una exploración general y neurológica básica. Finalmente se les informaba sobre la CCD y el abuso de analgésicos, se les aconsejaba el cese de éstos, y se les instauraba un tratamiento preventivo para su cefalea.

Tabla I. Hoja de registro

¿Tiene usted dolores de cabeza?	SÍ	NO
¿Cada cuándo le duele la cabeza?		
¿Le duele la cabeza una o más veces a la semana?	SÍ	NO
¿Siempre que le duele la cabeza toma algún medicamento?	SÍ	NO
¿Toma dos o más cajas de pastillas para el dolor de cabeza al mes?	SÍ	NO
Cefalea crónica diaria	SÍ	NO

Tabla II. Cuestionario de la cita programada

Datos de filiación
Edad de inicio de la cefalea
Edad de cronificación
Tipo de CCD (según el investigador)
Cuantificación de consumo de analgésicos
Abuso de analgésicos (si cumple criterios)
Tiempo de consumo elevado de analgésicos
Cuestionario de calidad de vida en las últimas 8 semanas (le incapacita para trabajar, ver la tele, leer, aficiones, sexo, relaciones sociales, deporte)
Ausencia laboral, visitas a urgencias, ingresos en las últimas 8 semanas

RESULTADOS

Se ha estudiado una muestra de 753 pacientes, el 60% mujeres y el 40% hombres. La media de edad fue de 39,3 años (DE 15,1) sin diferencias significativas según sexo.

El 43,7% de la población estudiada suele tener cefalea habitual y el 25,6% dice tener al menos un episodio semanal. El 15,3% cumple criterios de CCD. En cuanto al consumo de analgésicos el 27,1% consume fármacos en todos sus episodios de cefalea y el 15,1% lo hace dos o más veces a la semana. En la tabla III se describe la prevalencia de la cefalea y del consumo de analgésicos según sexo.

Considerando sólo a las personas que suelen tener cefalea habitual (n = 329) el 78,7% son mujeres y el 21,3% son hombres. El 58,5% afirma tener al menos un episodio de cefalea semanal, y el 35,4% cumple criterios de CCD. En cuanto al consumo de analgésicos el 62,3% consume fármacos en todos los episodios de cefalea y el 34,5% lo hacen más de

Tabla III. Prevalencia de cefalea y consumo de analgésicos en la población estudiada según sexo

	Mujeres % IC 95%	Hombres % IC 95%	Total (n = 752) % IC 95%	Grado de significación
Tienen cefalea habitual	57,4 (52,9-62)	23,5 (18,7-28,3)	43,7 (40,7-47,5)	< 0,0001
Uno o más episodios de cefalea semanal	35,6 (31,1-40)	11 (7,4-14,5)	25,6 (22,6-28,8)	< 0,0001
Consumen siempre analgésicos	35 (30,6-39,4)	15,4 (11,3-19,5)	27,1 (24-30,4)	< 0,0001
Consumen 2 o más analgésicos/semana	20,5 (16,5-24,3)	6,7 (3,9-9,5)	15,1 (12,5-17,7)	< 0,0001
Consumen 2 o más cajas de analgésicos al mes por cefalea	10,5 (7,7-13,3)	3 (1,1-4,9)	7,4 (5,6-9,4)	= 0,0001
Tienen cefalea crónica diaria	1,4 (17,6-25,2)	6,4 (3,56-9,1)	15,3 (12,8-18)	< 0,0001

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla IV. Prevalencia de cefalea y consumo de analgésicos en los pacientes que suelen tener cefalea

	Mujeres n = 259 % (IC 95%)	Hombres n = 70 % (IC 95%)	Total n = 329 % (IC 95%)	Grado de significación (p)
Uno o más episodios de cefalea semanal	62 (56,1-67,9)	45,7 (34-57,4)	58,5 (53,2-63,9)	P = 0,014
Consumen siempre analgésicos	61,1 (55,1-67,1)	66,7 (55,5-77,8)	62,3 (57-67,5)	NS
Consumen 2 o más analgésicos/semana	35,9 (30,1-41,8)	29 (18,3-39,7)	34,5 (29,3-39,6)	NS
Consumen 2 o más cajas de analgésicos al mes por cefalea	18,4 (13,6-23,1)	13 (5,1-21)	17,2 (13,1-21,3)	NS
Tienen cefalea crónica diaria	37,5 (31,6-43,4)	27,5 (17-38,1)	35,4 (30,2-40,6)	NS

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NS: no significativo.

Tabla V. Media de días de cefalea en la población estudiada y en el grupo que suelen tener cefalea cada semana

	Mujer Media (DE)	Hombre Media (DE)	Total Media (DE)	Grado de significación
Muestra total	1,3 (2)	0,4 (1,2)	0,9 (1,8)	NS
Pacientes con cefalea	2,3 (2,3)	1,7 (2)	2,2 (2,2)	NS

NS: no significativo.

dos veces a la semana. En la tabla IV se describe la prevalencia de cefalea y del consumo de analgésicos según sexo.

La media de días de cefalea a la semana es de 0,9 (DE 1,8) en la población estudiada. En el grupo que suele tener cefalea habitual la media es de 2,2 (DE 2,2). En ambos casos la media de días es superior en el sexo femenino (Tabla V).

El 67,8% de los pacientes con CCD consumen analgésicos al menos dos veces a la semana, sin diferencias significativas según sexo, mientras que entre los que no cumplen criterios de CCD consumen al menos dos veces a la semana el 5,4%, siendo más frecuente en la población femenina ($p = 0,02$) (Tabla VI).

Acudieron a la segunda visita 71 (11 hombres y 60 mujeres) (Fig. 1) con una media de edad de 43,6 años (DE = 13,7). Presentaban migraña transformada (MT) 46,5% (IC = 34,9-58,1%), cefalea tensional crónica (CTC) 39,4% (IC = 28-50,8%) y cefalea crónica de inicio reciente (CCIR) 14,1% (IC = 6-22,2%) (Fig. 2).

La CCIR era más frecuente en hombres (45,5 vs. 8,3%), MT y CTC en mujeres (MT: 48,3 vs. 36,4%; CTC: 43,3 vs. 18,2%; $p < 0,01$) (Fig. 3).

La media de edad de inicio era 18,4 (DE = 7,4) en MT, 25,3 (DE = 10,9) en CTC y 30,1 (DE = 12,8) en CCIR ($p = 0,0017$) (Fig. 4). La edad media de cronificación era 34,3 años (DE = 11,7) sin diferencias según sexo ni tipo de cefalea.

Tabla VI. Prevalencia de consumo de analgésicos más de dos veces a la semana según sexo y presencia o no de cefalea crónica diaria

	Mujeres (n = 448) % (IC 95%)		Hombres (n = 298) % (IC 95%)		Total % (IC 95%)	
	CCD	No CCD	CCD	No CCD	CCD	No CCD
Menos de dos veces a la semana	33,3	92	26,3	97,8	32,2 (23,6–40,7)	94,6
Más de dos veces a la semana	66,7 (57,2–76,1)	8 (5,1–10,8)	73,7 (53,9–93,5)	2,2 (0,4–3,9)	67,8 (59,3–76,4)	5,4 (3,6–7,1)

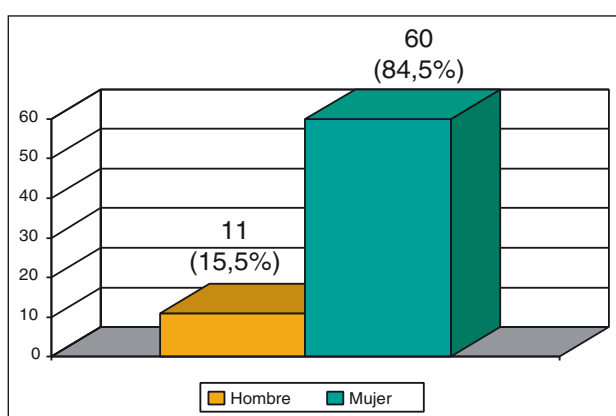


Fig. 1. CCD por sexo

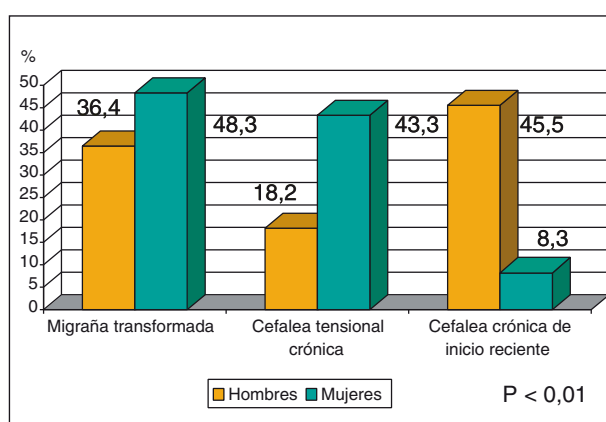


Fig. 3. Tipos de CCD por sexo

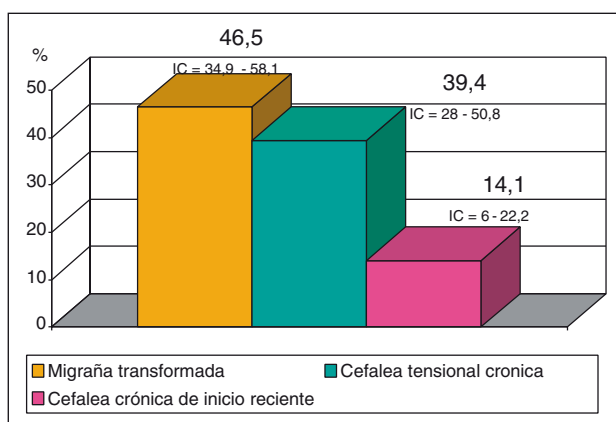


Fig. 2. Subtipos de CCD

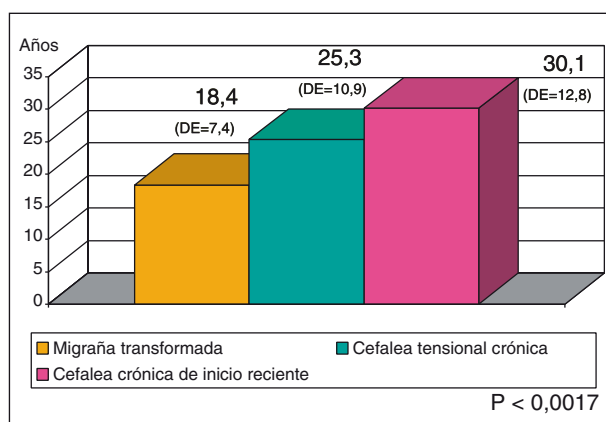


Fig. 4. Media de edad de inicio

La media de días semanales de cefalea era 4,6 (DE = 2).

La prevalencia de AA era de 33,8% (IC = 22,8-44,8%) por analgésicos simples 32,4% (IC = 21,5-43,3%), ergóticos 1,4% (IC = 0-4,1%), combinación de fármacos el 12,7% (IC = 5-20,4%) (Fig. 5). La media de años de AA era de 4,6 (DE = 4,3). El consumo de cafeína era de 2,6 unidades diarias (DE = 2,3).

La cefalea incapacitaba a nivel laboral al 24,3% (IC = 14,3-34,3%), a nivel personal al 61,4% (IC = 50,1-72,7%), y en ambos al 28,6% (IC = 18,1-39,1%) sin diferencias según sexo ni tipo de cefalea (Fig. 6). Las áreas más afectadas a nivel personal fueron las relaciones sociales (40%; IC = 28,6-51,4%), las aficiones (50%; IC = 38,4-61,6%), ver la televisión (60%; IC = 48,6-71,4%) y las relaciones sexuales (45,7%; IC = 34,1-57,3%)

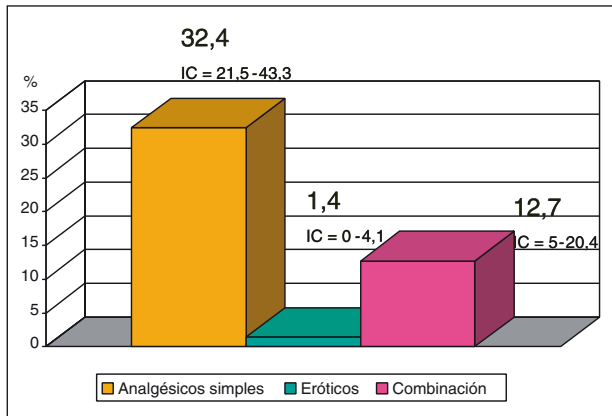


Fig. 5. Consumo de analgésicos

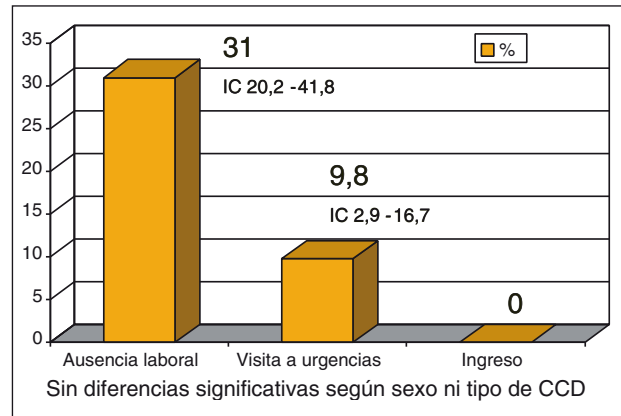


Fig. 7. Calidad de vida

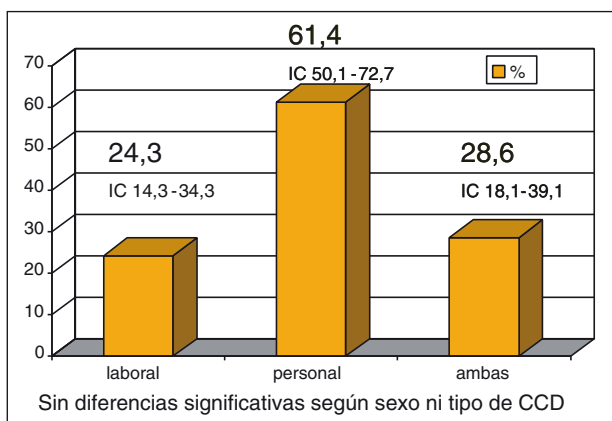


Fig. 6. Calidad de vida (1)

sin diferencias significativas según sexo ni tipo de cefalea. En las ocho semanas previas hubo ausencia laboral en el 31% (IC = 20,2-41,8%), y un 9,8% (IC = 2,9-16,7%) acudieron a urgencias por cefalea, sin precisar ninguno ingreso hospitalario (Fig. 7).

CONCLUSIONES

A pesar de que la cefalea es un tema ampliamente examinado, hay pocos estudios que reflejen la prevalencia de CCD en la población general. En la bibliografía revisada se estima que se presenta en un 2-3%², en cambio, el resultado de este estudio ha detectado una prevalencia más elevada, del 15,3%. Se puede atribuir dicho resultado a que la muestra estudiada pertenece a una población de bajo nivel socioeconómico y con gran problemática social (consumo de drogas, paro y delincuencia). Además, el hecho de que la muestra sea de población demandante que acude al centro puede modificar la prevalencia real.

En cambio, los motivos de consulta no reflejan esta elevada prevalencia, probablemente debido a que han aprendido a convivir con su dolencia, encuentran una solución parcial con la automedicación o ignoran que exista una alternativa para modificar el curso de su enfermedad.

De acuerdo con otros estudios, tanto la cefalea como la CCD es más frecuente en el sexo femenino. En cambio, se halló que en la población con cefalea habitual no se observan diferencias significativas según sexo en la prevalencia de CCD, ni en la frecuencia de presentación de episodios, ni en el patrón de consumo de analgésicos.

Se detectó un elevado consumo de analgésicos (2 o más veces a la semana) en la población que presentaba cefalea habitual, siendo del 34,5% y elevándose al 67,8% en los que padecían CCD, datos que concuerdan con estudios previamente publicados.

La calidad de vida de estos pacientes se ve alterada de forma importante tanto a nivel personal, social y laboral. Abandonan sus aficiones, limitan su vida social, y baja el rendimiento en el trabajo o son causa de baja laboral. Muchos de ellos acuden a urgencias extrahospitalarias o al hospital durante las reagudizaciones de su cefalea.

Todo esto lleva a un elevado coste económico tanto directo (consumo de fármacos, visitas médicas...) como indirectos (ausencia laboral, consultas médicas por yatrogenia medicamentosa...).

Delante de esta realidad podríamos preguntarnos: ¿Sabemos detectar precozmente la cefalea primaria en nuestros pacientes? ¿Les informamos ade-

cuadramente para evitar su cronificación con el abuso de analgésicos? ¿Podemos controlar la automedicación?

¿Estamos motivados para instaurar tratamientos preventivos?

El médico de familia puede detectar de forma precoz la cefalea, informar al paciente para prevenir la cronificación y evitar el consumo de analgésicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Servei Català de la Salut. Pla de Salut ESCA 1994.
2. Ninan T. Chronic Refractory Headache. *Neurology* 1993; 43 (supl. 3): 526-33.
3. Rothrock J, Patel M, Lyden P *et al.* Demographic and clinical characteristics of patients with episodic migraine versus chronic daily headache. *Cephalalgia* 1996; 16: 44-9.
4. Iñíguez C, Larrodé P, Mauri J *et al.* Características clínicas de la cefalea crónica diaria. *Rev Neurol* 1997; 25 (143): 1034-7.
5. Silberstein S, Lipton R, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: Field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996; 47: 871-5.
6. Linet M, Stewart W, Celentano D *et al.* An Epidemiologic Study of Headache Among Adolescents and Young Adults. *JAMA* 1989; 261 (15): 2211-7.
7. Rapoport A, Stang A, Gutterman D *et al.* Analgesic Rebound Headache in Clinical Practice: Data from a Physician Survey. *Headache* 1996; 36: 14-9.
8. Láinez J, Monzón M. Cefalea crónica diaria. *Medicine* 1998; 7 (89): 4154-9.
9. Monzón M, Láinez JM. Cefalea crónica diaria. *Revista Clínica Española* 1995; 195 (2): 41-7.
10. Monzón M, Láinez J, Barrué E *et al.* Patrón de consumo de analgésicos en el paciente con cefalea que acude a la consulta de Neurología. *Rev Neurol (Barc)* 1995; 23 (122): 779-83.
11. Cavallini A, Micieli G, Bussone G *et al.* Headache and Quality of Life. *Headache* 1995; 35: 29-35.