

Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las cefaleas primarias en una población rural de Cajamarca, 2010

Clinical, epidemiological and treatment of primary headaches in a rural population of Cajamarca, 2010

Karina Nava-Alarcón^{1,b}, Felicia Lozano-Delgado^{1,2,a}, Kenny Pérez-Ocampo^{1,2,a}, David Matzunaga^{1,b}, Edén Galán-Rodas^{3,c}

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia, características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las cefaleas primarias en una población adulta rural de Cajamarca, 2010. **El estudio:** estudio descriptivo transversal, realizado en población rural adulta entre 18 y 60 años del distrito de la Encañada (Cajamarca-Perú). Empleándose criterios establecidos por la International Headache Society. La muestra obtenida fue 409, seleccionados por muestreo aleatorio simple. **Hallazgos:** 72,37% refirieron cefaleas en el último año, prevalencia de cefaleas primarias (44,51%), secundaria (14,18%), no clasificadas (13,7%). La cefalea de carácter opresivo (62,2%), pulsátil (24,7%), siendo las localizaciones holocraneal (51,0%) y hemicraneal (24,3%) y 84,1% de inicio insidioso. Los factores precipitantes encontrados estrés (69,0%), falta de sueño (26,0%), ingestión de alcohol (20,9%) y los factores hormonales (11,8%). El dolor moderado predominó (47%) y 54,1% refirió interferencia del dolor en sus actividades diarias. **Conclusiones:** La prevalencia de cefaleas primarias es elevada.

Palabras Clave: Cefaleas, Cefalea de Tipo Tensional, Trastornos Migrañosos, epidemiología (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and the clinical, epidemiological and therapeutic aspects of primary headache in rural population from Cajamarca, 2010. **The study:** descriptive, cross-sectional study, carried out in a rural population between 18 and 60 years from the Encañada district (Cajamarca, Peru). Criteria established by the International Headache Society were applied. The obtained sample was 409, selected by simple random sampling. **Findings:** 72.37% referred headaches in the last year, the prevalence of primary headaches was 44.51%, of secondary headaches was 14.18% and of unclassified headaches was 13.7%. Oppressive (62.2%), pulsatile (24.7%) holocraneal (51.0%) and hemicraneal (24.3%) located, and 84.1% of insidious beginning. Hastening factors found were stress (69.0%), lack of sleep (26.9%), alcohol intake (47.0%) and hormonal factors (11.8%). Moderated pain predominated, and 54.1% referred the pain interfered with their daily activities. **Conclusions:** There is a high prevalence of primary headaches.

Keywords: headache, Tension-Type Headache, Migraine Disorders, epidemiology (Source:MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

La cefalea ha sido considerada de manera tradicional en la literatura médica como el síntoma más común en el hombre.

Más del 90% de las personas experimentan algún episodio de cefalea a lo largo de su vida, llegando a ser de carácter intenso e incapacitante un 40% de los casos^(1,2).

Es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria, generando por tanto un elevado gasto sanitario por consumo de medicamentos, recursos, y representando una causa muy importante de ausentismo laboral.

Existen referencias históricas que describen escenas llenas de dramatismo haciendo referencia a ataques agudos de migraña en textos sumerios de más de 5 mil años de antigüedad. También se han encontrado descripciones muy precisas en textos egipcios como el papiro de Ebers del segundo milenio antes de Jesucristo⁽²⁾, e incluso Hipócrates, el padre de la medicina, describe la migraña clásica, siendo padecida por personajes relevantes de la historia como Julio César, Miguel de Cervantes Saavedra, Leon Tolstoi, Charles Darwin y Sigmund Freud, entre los más conocidos⁽²⁻⁴⁾.

La cefalea constituye un importante problema en la salud pública ya que su prevalencia es alta en los períodos de máxima capacidad productiva y creativa de la persona, por lo que se ha generado un conocimiento cada vez más profundo de sus diferentes aspectos; y se ha avanzado mucho en el diagnóstico de los diferentes tipos de cefalea, particularmente desde que se comprendió la necesidad de estudiar diferenciadamente las cefaleas primarias y las secundarias. El diagnóstico se realiza basándose en los criterios establecidos por la International Headache Society (IHS)^(1-3,5-7).

1. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú.
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Cajamarca. Cajamarca, Perú.
3. Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, EsSalud. Lima, Perú.
a. Estudiante de Medicina. b. Médico Neurólogo c. Médico.

En el Perú, aunque se han realizado estudios sobre el tema, no existen datos publicados sobre la prevalencia y características clínico epidemiológicas de las cefaleas a nivel poblacional, mucho menos en la zona rural, lo cual motivo la realización del presente estudio.

EL ESTUDIO

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de cefaleas primarias en una población rural de Cajamarca, así como las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. La población de estudio, representada por todas las personas de 18 a 60 años que viven en el Distrito de la Encañada, Cajamarca-Perú, que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2007) corresponde a una población total de 665 personas, que viven en condición de pobreza⁽⁶⁾. La muestra se calculó mediante el programa Epidat 3.1 para una prevalencia esperada del 45%⁽²⁾, un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y una precisión del 3%, determinándose un tamaño muestral de 409 individuos, los cuales se seleccionaron por muestreo aleatorio simple a partir de los registros de la población en la municipalidad del distrito.

Se consideró a todas las personas registradas en la jurisdicción de la Municipalidad del Distrito de la Encañada, Cajamarca 2010; excluyéndose a aquellas que no se encuentren registradas, o que estando registradas en la jurisdicción de estudio presenten alguna enfermedad que les impida brindar información, o no deseen brindarla.

Se utilizó un instrumento basado en los criterios establecidos por la International Headache Society (IHS)^(1,3), constituido por 20 preguntas que comprenden las variables del estudio: edad, edad en intervalos, sexo, ocupación, nivel educacional, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares de cefalea, localización y carácter de la cefalea, además de síntomas acompañantes y factores precipitantes más frecuentes. Para medir la intensidad de la cefalea se empleó la pregunta B del cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale)^(2,3) con una escala numérica del 0 a 10 (0: ningún dolor, 10: el peor dolor imaginable) referidas a los episodios del último mes. Además, se consideró las modalidades de tratamiento⁽²⁾

La recolección de datos se realizó en 2 etapas:

1° etapa: se realizó la sectorización de la zona en base al plano del distrito obtenido de su Municipalidad y se ubicó las 341 casas de los sujetos a evaluar (de acuerdo al INEI 2007). Se dividió a la zona en 3 sectores: norte, centro y sur, que fueron cubiertas por cada grupo de investigadores.

2° etapa: las personas asignadas a participar en el estudio fueron localizadas en sus hogares por los 3 grupos de investigadores (cada grupo cubriendo un sector). Después de obtener el consentimiento para participar en la investigación, se les pidió que respondieran a las 20 preguntas del instrumento evaluador. Cada pregunta fue guiada por los investigadores hacia un lenguaje comprensible para ellos, a fin de que pudieran responder correctamente lo requerido en cada pregunta.

Cada sujeto escogido que declinó participar en la investigación por enfermedad que no le permitía brindar información, aquellos que no pudieron ser localizados en sus hogares en horario no laboral, o que se negaron a participar, fueron remplazados por otros elegidos aleatoriamente.

El procesamiento de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS Versión 17.0.

HALLAZGOS

De las 409 personas encuestadas, 296 (72,37%) admitieron haber sufrido cefaleas en el transcurso del último año; con predominio del sexo femenino (58,1%); así como el 51,7% correspondiente al grupo etáreo de 26 a 45 años. La ocupación más frecuente fue la de ama de casa (41,2%), seguida por los agricultores en un 17,6%. Con respecto al nivel educativo, el 59,1% contaba con estudios primarios, 20,9% estudios secundarios y el 4,7% universitarios. (Tabla N° 01)

Tabla N° 01. Características clínicas de las cefaleas primarias en una población rural de Cajamarca, 2010.

Características clínicas	N=296	%
Edad (intervalos)		
15 - 25 años	54	18,2
26 - 45 años	153	51,7
40 - 60 años	86	30,1
Sexo		
Femenino	172	58,1
Masculino	124	41,9
Grado de instrucción		
Sin instrucción	45	15,2
Primaria	175	59,1
Secundaria	62	20,9
Superior	14	4,7
Ocupación		
Desocupado	8	2,7
Ama de casa	122	41,2
Agricultor	52	17,6
Estudiante	23	7,8
Obrero	13	1,4
Otros	78	26,4
Antec. familiares de cefalea		
Sí	73	24,7
No	223	75,3
Intensidad del dolor		
Leve	97	32,8
Moderado	139	47,0
Severo	48	16,2
Síntomas asociados		
Náuseas	38	12,8
Vómitos	5	1,7
Fotofobia	30	10,1
Sonofobia	93	31,4
Enrojecimiento ocular	4	1,4
Epifora	7	2,4
Ptoxis palpebral	1	0,3
Síntomas previos		
Luces y manchas	11	3,7
Hormigueos	9	3,0
Entumecimientos	2	0,7
Automedicación		
No	164	55,4
Sí	132	44,6
Factores Precipitantes		
Estrés	198	66,9
Falta de sueño	77	26,0
Alimentos	40	13,5
Hormonal	35	11,8
Atmosféricos	21	7,1
Alcohol	62	20,9

Respecto a los tipos de cefalea, encontramos cefalea primaria (44,51%), cefalea secundaria (14,18%), cefaleas no clasificadas (13,69%), y 27,62% negaron haber sufrido cefalea. Así también, encontramos que el 19,6% de personas con cefaleas primarias refirieron antecedentes familiares de cefalea.

La cefalea de carácter opresivo se presentó en el 62,2%, seguida por la cefalea pulsátil (24,7%) y la de tipo electricidad en un 9,1%. Las localizaciones más frecuentes del dolor de cabeza fueron la holocraneal (51,0%), hemicránea (24,3%), occipital (5,4%) y Orbitaria (1,7%). En el 84,1 % el inicio del dolor fue insidioso. Los factores precipitantes que predominaron fueron el estrés (69,0%), la falta de sueño (26,0%), la ingestión de alcohol (20,9%) y los factores hormonales (11,8%). Los síntomas acompañantes referidos con mayor frecuencia fueron sonofobia (31,4%), náuseas (12,8%), fotofobia (10,1%), epifora (2,4%). El dolor moderado predominó en el estudio con un 47% y un 54,1 % de pacientes refirió la interferencia del dolor sus actividades diarias.

Con respecto a las características del tratamiento en las cefaleas primarias, se detectó que el 44,6% de los pacientes se automedicaba. Los medicamentos utilizados para el tratamiento sintomático fueron el paracetamol (16,5%), una gran variedad de tratamientos tópicos (pomadas, mentoles), medicina natural y tradicional (12,4%), seguidos por la aspirina (10,5%) y el ibuprofeno (4,7%). Ningún paciente refirió tratamiento con ergotamina o triptanes para los casos de migraña.

Tabla N° 02. Clasificación según tipo de Cefalea Primaria en una población rural de Cajamarca, 2010.

Clasificación	n	Prevalencia
Cefalea tensional	132	32,27%
Episódica infrecuente	42	31,82%
Episódica frecuente	66	50,00%
Crónica	24	18,18%
Migraña	49	11,98
Migraña sin aura	45	91,83%
Migraña con aura	4	8,17%
Cefalea en racimos	1	0,24%

En la tabla N° 02 se observa la clasificación de las cefaleas primarias detectadas en el estudio, con predominio de la cefalea tensional (32,27%), seguida por la migrañosa (11,98%) y finalmente la cefalea en racimos (0,24%).

Entre los pacientes con cefalea tensional, predominó la forma episódica frecuente (16,13%), seguida por la cefalea tensional infrecuente (10,26%). Entre los pacientes con migraña predominaron los que padecían migraña sin aura (11%), seguidos de los que sufrían migraña con aura.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian la alta prevalencia de cefaleas en general y de cefaleas primarias en particular en la población estudiada. Este reporte se constituye en el primer estudio realizado en una población rural Cajamarquina determinando prevalencia y características de las cefaleas primarias.

La cifras obtenidas son similares a las obtenidas por Quezada et al en Cuba⁽²⁾, quienes detectaron una prevalencia de

cefaleas primarias del 45 %; y las obtenidas por Boardman et al⁽⁹⁾ que encontraron una prevalencia de cefaleas en general del 76%, cifras elevadas respecto a las calculadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) superiores al 17% en mujeres y al 6% en varones cada año, por lo que sitúa a las cefaleas primarias en el puesto 19 entre las enfermedades más discapacitantes del mundo^(5,9,10).

Se afirma que del total de consultas por cefalea, el mayor porcentaje corresponde a las cefaleas primarias más prevalentes (cefalea tensional y migraña)^(5,7). La cefalea tensional ha demostrado que es la forma más frecuente de presentación del dolor de cabeza en la población general. Su prevalencia llega hasta 90% de los pacientes con dolor de cabeza en los países desarrollados^(5,11). Aproximadamente el 60% de los sujetos sufre un episodio de cefalea tensional al mes, y el 3% tiene episodios más de 15 días al mes⁽²⁾ datos comparables con los encontrados en esta investigación donde el 26,4 % de pacientes presentó un episodio al mes y el 8,1% tiene episodios más de 15 días al mes.

La literatura demuestra que la migraña es una cefalea frecuente e incapacitante, siendo la migraña sin aura la más común, constituyendo el 80% de los tipos de migraña^(10,12,13), dato inferior al 92% obtenido en este estudio, debido quizás a que para el presente estudio sólo se evaluaron los criterios de clasificación para migraña sin aura y migraña con aura, excluyendo a la migraña crónica, que probablemente marque la diferencia de este resultado.

La cefalea migrañosa se inicia en edades tempranas de la vida. Se plantea que hasta un 25% de los migrañosos presentan la primera crisis en la primera década de la vida, aunque con frecuencia pasa desapercibida, y aproximadamente el 85% inicia la enfermedad antes de los 30 años, con un máximo de presentación en la segunda década, es típica la tendencia familiar y es un trastorno que aparece en jóvenes. Es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres, aunque antes de la pubertad no hay diferencias significativas en la distribución por sexos. Los factores precipitantes de la migraña son el estrés, factores hormonales, alcohol y ciertos alimentos como chocolate son los más relevantes^(3,7,12,14).

Por otra parte la cefalea tensional se inicia por lo general en las edades medias de la vida, se plantea que los episodios de este tipo de cefalea pueden producirse por cansancio físico generalmente asociado con estrés psíquico^(12,14).

Hay consenso en que las crisis de cefalea tensional son más frecuentes que las de migraña, pero menos duraderas y de menor intensidad por lo que tiene un impacto menor en la calidad de vida del paciente y muchas veces constituyen morbilidad oculta

Un hallazgo llamativo es la baja frecuencia del uso de medicamentos analgésicos para tratar las cefaleas, revlando en el estudio que más de la mitad de la población estudiada (54,4%) no se automedicaba, estos resultados son inferiores a los notificados por Quezada et al⁽²⁾, donde el 78,3% de la población se automedicaba, sin dejar de ser elevados. Este patrón de uso de medicamentos es muy variable de una región a otra por lo que determina cambios importantes en la epidemiología de las cefaleas, donde este hecho podría estar relacionado con el concepto de enfermedad que tienen la mayoría de la población rural y el hecho de que las cefaleas en general y otras dolencias propias de estas zonas no deben interferir con sus actividades laborales al no poder ser

realizadas por otras personas, dadas las condiciones socioeconómicas que presentan.

Otro de los factores que podría influir en la decisión de automedicarse, es que en la zona no cuentan con boticas, ni farmacias, así mismo en los establecimientos de salud no existe un stock suficiente para abastecer a la población que sufre de este padecimiento.

Si bien el tema de las cefaleas ha sido y es bastante estudiado, muchas veces es subestimado tanto por los médicos en el primer nivel de atención, como por los decisores de las políticas de salud que se manejan en nuestro país, es así que una vez determinadas la problemática acerca de este tema en las poblaciones rurales, es probable que la creación de planes de capacitación en cefaleas ofertados a los médicos locales, por una parte, y la búsqueda activa de casos puedan solucionar este último aspecto acerca del tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Además un grupo importante de personas con cefaleas nunca acudió por este problema a un establecimiento de salud, lo cual puede estar relacionado con creencias y prácticas de la población local hacia este problema de salud.

El predominio del sexo femenino es un hallazgo constante en los estudios epidemiológicos de las cefaleas primarias en general, con la excepción de la cefalea en racimos, que siempre se ha descrito una predominancia mayor en varones. La prevalencia de cefaleas primarias es elevada en la población rural estudiada, caracterizada predominantemente por ser de tipo opresivo, con localización holocraneal, alto índice de automedicación, e interfiere en las actividades diarias.

Agradecimientos:

A la comunidad del Distrito de la Encañada por su colaboración y apoyo en la realización del presente estudio.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Olesen J. [The international classification of headache disorders](#). *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2008;48(5):691-3.
- Quesada-Vázquez AJ, Contreras-Maure LJ, Álvarez-Aliaga A, Traba-Tamayo ER. [Prevalencia de cefaleas primarias en una población rural cubana](#). *Revista de neurología*. 2009;49(3):131-5.
- Bigal ME, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ, Sheftell FD. [Assessment of migraine disability using the migraine disability assessment \(MIDAS\) questionnaire: a](#)

[comparison of chronic migraine with episodic migraine](#). *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2003;43(4):336-42.

- Boardman HF, Thomas E, Millson DS, Croft PR. [One-Year Follow-Up of Headache in an Adult General Population](#). *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2005;45(4):337-45.
- Fernández Jiménez P. [Cefalea aguda. Mecanismos etiopatogénicos. Actitud diagnóstica y terapéutica en urgencias](#). *Medicine*. 2007;9(87):5610-7.
- Travé TD, others. [Cefaleas agudas recurrentes: características clínicas y epidemiológicas](#). *Anales de Pediatría [Internet]*. 2005 [cited 2012 Oct 8]. p. 141. Available from: http://www.elsevierinstituciones.com/revistas/ctl_serv/let?f=7064&ip=66.249.71.239&articulo=13071311&revistaid=37
- Andrés del Barrio MT, Sánchez Palomo MJ, Serrano González C, Yusta Izquierdo A. [Migraña](#). *Medicine*. 2007;9(70):4480-7.
- Mapa de Pobreza - FONCODES [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 8]. Disponible en: <http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza>
- WHO | Headache disorders [Internet]. WHO. [cited 2012 Oct 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
- Volcy-Gómez M. [Cefalea en racimos; diagnóstico, fisiopatología y tratamiento](#). *Rev Neurol*. 2006;42:114-21.
- Torelli P, Abrignani G, Castellini P, Lambro G, Manzoni GC. [Human psyche and headache: tension-type headache](#). *Neurological Sciences*. 2008;29:93-5.
- Bousser MG. [Estrogens, migraine, and stroke](#). *Stroke*. 2004;35(11 suppl 1):2652-6.
- Lozano JA. [Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las cefaleas](#). *Offarm: Farmacia y Sociedad*. 2001;20(5):97-106.
- Bousser MG, Welch KMA, others. [Relation between migraine and stroke](#). *Lancet neurology*. 2005;4(9):533-42.
- Strassman AM, Levy D. [Response properties of dural nociceptors in relation to headache](#). *Journal of neurophysiology*. 2006;95(3):1298-306.

Correspondencia

Karina Violeta Nava Alarcón
Correo: kvna_jr@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 06/07/2012
Aceptado: 15/09/2012