CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CEFALEA PRIMARIA Y MIGRAÑA QUE CONSULTAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA, ENTRE AGOSTO Y NOVIEMBRE DE 2011

LINA MARIA RIVAS TOVAR
SERGIO ANDRES POLANCO CELIS
VIVIANA TERESA MONTOYA MEJIA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA- HUILA
2012

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LA CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CEFALEA PRIMARIA Y MIGRAÑA QUE CONSULTAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA, ENTRE AGOSTO Y NOVIEMBRE DE 2011

LINA MARIA RIVAS TOVAR
SERGIO ANDRES POLANCO CELIS
VIVIANA TERESA MONTOYA MEJIA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de Medico.

Asesor
GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS
Md. Ph.D (C) Especialista en Epidemiología.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA- HUILA
2012

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2012

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias quienes con su apoyo constante y entrega, nos acompañaron y patrocinaron durante el trayecto de nuestra carrera, para finalmente alcanzar una formación idónea como médicos y personas sensibles y atentas a las necesidades de cada uno de las personas que atendemos.

De igual manera, queremos dedicar esta labor investigativa, a cada uno de los docentes quienes con sus conocimientos y su instrucción permanente nos otorgaron no sólo la herramientas cognoscitivas de nuestra profesión, sino también la concepción holística del paciente , visto así como un ser biopsicosocial y que requiere un tratamiento adecuado en todas sus esferas.

A nuestros pacientes, quienes nos permiten día a día materializar lo aprendido y quienes depositan completa confianza en nuestras manos; a todos y cada uno de ellos, gratitud infinita

LINA MARIA
SERGIO ANDRES
VIVIANA TERESA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios quien siempre está presente.

A nuestras familias que nos han acompañado pacientemente en nuestro trayecto profesional.

A los docentes Dr. Guillermo González, Dra. Adriana Zamora. y Dr. Gilberto Astaiza, quienes nos asesoraron y dedicaron parte de su tiempo en la elaboración de este trabajo..

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, a la unidad de Neurofisiología, a los pacientes que colaboraron en la realización del instrumento de entrevista a nuestros amigos y compañeros, y en general a todas aquellas personas que de manera directa o indirecta, estuvieron implicadas en la realización de esta investigación.

A todos mil gracias…

CONTENIDO

		Pág.
INTRODUCCIÓN		14
1.	ANTECEDENTES	15
2.	DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	19
2.1	PREVALENCIA E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO	19
2.2	EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO DE TRIPTANES Y ANALGÉSICOS	20
2.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
3.	JUSTIFICACIÓN	22
4.	OBJETIVOS	23
4.1	OBJETIVO GENERAL	23
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
5.	MARCO TEORICO	24
5.1	CEFALEA CRÓNICA DIARIA (CCD)	27
5.2	CEFALEA CRÓNICA Y ABUSO DE ANALGÉSICOS	27
5.2.1	Definición	28
5.2.2	Fisiopatología	30
5.2.3	Perfil Clínico	30
5.3	CEFALEA CRÓNICA POR ABUSO DE MEDICAMENTOS Y CEFALEA CRÓNICA DIARIA	31
5.4	MIGRAÑA TRANSFORMADA	33
5.5	CEFALEA TIPO TENSIONAL CRÓNICA	34
5.6	CCD DE NOVO	34
5.7	PATOGENIA	35
5.8	FISIOPATOLOGÍA	36
5.9	GENÉTICOS	36

Pág.

5.10	EFECTOS PSICOTRÓPICOS	37
5.11	REGULACIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA DE LOS RECEPTORES	38
5.12	CLÍNICA DE LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICAMENTOS	38
5.13	CAUSAS PARA EL CONSUMO ANALGÉSICO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA DE REBOTE	39
6.	HIPOTESIS	40
7.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	41
8.	DISEÑO METODOLOGICO	43
8.1	TIPO DE ESTUDIO	43
8.2	UBICACIÓN DEL ESTUDIO	43
8.3	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	43
8.4	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	44
8.5	PROCEDIMIENTO	44
8.6	INSTRUMENTO	44
8.7	PLAN DE TABULACIONDE ANALISIS	45
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
10.	RESULTADOS	47
10.1	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTE CON CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS	47
10.2	CARACTERIZACIÓN DE LA CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS	50
10.3	CARACTERIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS	52
11.	DISCUSION	54

Pág.

12.	CONCLUSIONES	57
13.	RECOMENDACIONES	58
	BIBLIOGRAFÍA	59
	ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Clasificación internacional de las cefaleas	24
Tabla 2	Cefaleas crónicas (IHS-2004 modificada)	26
Tabla 3	Criterios Diagnósticos de la cefalea por abuso de Analgésicos	29
Tabla 4	Dosis de Fármacos necesarios para Diagnosticar cefalea por abuso de Analgésicos	30
Tabla 5	Criterios diagnósticos de Cefalea Crónica por abuso de Medicamentos (IHS-2004 modificada)	32
Tabla 6	Factores de transformación de las cefaleas crónicas diarias	34
Tabla 7	Antecedentes familiares de cefalea	50
Tabla 8	Factores que desencadenan la cefalea por sobre Abuso de Medicamentos.	52
Tabla 9	Tipos de medicamentos que se consumen con mayor periodicidad	52

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Evolución Temporal de las Cefaleas	33
Figura 2	Patogenia de la Cefalea por Abuso	36
Figura 3	Distribución por Género	47
Figura 4	Distribución por grupo etario	48
Figura 5	Distribución por estrato socioeconómico	48
Figura 6	Patologías asociadas a la Cefalea por sobre Abuso de Medicamentos	49
Figura 7	Trastornos psiquiátricos asociados en pacientes con Cefalea por sobre abuso de medicamentos	50
Figura 8	Localización de la cefalea	51
Figura 9	Tiempo de evolución de la cefalea por sobre Abuso de Medicamentos	51
Figura 10	Frecuencia del consumo del medicamento	53

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A Instrumento de recolección de datos 64

RESUMEN

La cefalea por sobreuso de medicamentes es una entidad frecuente que se encuentra según diversos estudios en el 1% de la población mundial, por lo tanto es pertinente realizar investigaciones que identifiquen y clarifiquen los aspectos más importantes de esta patología.

El objetivo de éste estudio de tipo descriptivo prospectivo, de tipo trasversal fue determinar las características farmacológicas y clínicas de las cefalea por sobre abuso de medicamentos en los pacientes con cefalea vascular y migraña que consultan al Hospital Universitario de Neiva, entre Agosto a Noviembre de 2011 al servicio de neurología; el cual se realizó con la aplicación de una encuesta a los población ya mencionada y en la cual se establecían las distintas variables a estudiar.

Los resultados mostraron comportamiento similar a lo ya establecido en la literatura encontrada, sin embargo en cuanto la caracterización farmacológica el papel principal lo desempeñan los AINES y su patrón debido a que corresponde a los fármacos más suministrados en nuestro sistema de seguridad en salud.

Es necesario por lo tanto que el personal médico y especialista conozca los criterios diagnósticos y el tratamiento de dicha patología que es común pero pocas veces diagnosticada, de igual manera es importante hacer énfasis a los pacientes en la posibilidad de desarrollar esta enfermedad si existe abuso de la dosis de los medicamentos y que es necesario evitar el consumo de los mismos sin prescripción médica adecuada.

Palabras claves. Cefalea, migraña, sobre abuso, diagnostico, Cefalea en banda, unilateral, medicamentos, AINES.

ABSTRACT

The overuse of medications headache is a common that is according to various studies in 1% of the world, therefore research is relevant to identify and clarify the most important aspects of this pathology.

The objective of this prospective descriptive study, cross-type was to determine the pharmacological and clinical characteristics of headache drug abuse in patients with vascular headache and migraine consulting the University Hospital of Neiva, from August to November 2011 to the neurology service, which was performed by applying a survey of people already mentioned and which were established to study the different variables.

The results showed similar behavior to what is already established in the literature found, however, the pharmacological characterization in the lead role is played by NSAIDs and their use because it corresponds to the drugs most often provided in our system of health security.

It is therefore necessary that the medical staff and specialist knows the diagnostic criteria and treatment of this disease is common but rarely diagnosed, it is equally important to emphasize to patients the possibility of developing the disease if there is abuse the dose of medication and the need to avoid eating them without proper prescription.

Keywords. Migraine, migraine, on abuse, I diagnose, Migraine in band, unilaterally, medicines, AINES.

INTRODUCCION

La cefalea, es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, todas la personas alguna vez en la vida sufren de cefalea, consistiendo en unos de los motivos de consulta más frecuentes en primer nivel de atención medica, por lo cual es y será un tema de discusión e interés en cualquier campo de estudio correspondiente al área de la salud; tanto por su alta tasa de incidencia, la diversidad de los cuadros clínicos y la forma por la cual se realiza su diagnostico, haciéndolo muy controversial en el aspecto clínico, etiológico y farmacológico, otorgando en muchos casos diagnósticos erróneos o sin etología aparente.

Observando la gran prevalencia de la cefalea por sobreuso de medicamentos (1%), esta patología y la incapacidad por parte del personal de salud por encontrar una causa evidente, el grupo de investigación decidió enfocar las principales variables que se relacionan con la cefalea por sobreuso de medicamentos que se presentan en Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y los medicamentos que se asocian a dicha enfermedad.

Considerando la importancia de evaluar, las características de la cefalea, los factores de riesgo que se relacionan con su presentación, tanto clínicos como emocionales, ya que nos brida elementos importantes para determinar el diagnostico.

Es importante para nosotros recordar que a pesar del nuestro deseo como profesionales de la salud por ayudar a nuestros pacientes en la mejoría de su patología, a veces sin maleficencia no conseguimos mejoría con los tratamientos convencionales o en el peor de los casos empeoramos la sintomatología. Por eso es importante evaluar y plantear nuevas alternativas de tratamiento.

1. ANTECEDENTES

En la literatura se encuentran diferentes denominaciones que son usadas para describir el fenómeno en el cual el uso de medicamentos para el manejo de la cefalea puede empeorar los cuadros de la misma, o incluso crear una nueva forma de aparición de cefalea diaria.

Como resultado de una falta de definición clara a antes de la primera clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) en 1988 [1], que utiliza el término "cefalea inducida por drogas", existieron varios términos diferentes para describir la misma entidad. Entre los términos más utilizados son: migraña crónica, dolores de cabeza diarios, migraña transformada, dolor de cabeza inducida por fármacos, cefalea por abuso de medicación (MS), dolor de cabeza analgésico-dependiente, o el uso excesivo de analgésicos para manejo dolor de cabeza. Estos términos reflejan sobre todo la clínica presentación del dolor de cabeza agregado, el patrón clínico puede variar mucho, y depende en gran medida de la cefalea primaria subyacente y el tipo de medicamento que se consume en exceso.

Como casi todos los tipos de fármacos para el tratamiento de la cefalea primaria pueden causar dolor de cabeza o empeorar la inicial la cefalea subyacente, y que el término debe indicar que el dolor de cabeza es causado por la ingesta frecuente (en lugar de ser causado directamente, como se ve con los nitratos, por ejemplo) La Asociación Internacional de cefaleas decidió introducir el termino uso excesivo al la definición de "dolor de cabeza por medicamentos '. Según la nueva clasificación, esta entidad se puede diagnosticar cuando se cumplen los siguientes criterios: dolor de cabeza de 15 o más días al mes; en cuanto a las características del dolor; debe ser bilateral, sordo, y asociado a fotofobia moderada o leve, el consumo de medicamentos como ergotamina , los triptanes y opioides durante 10 o más días al mes, o AINES durante 15 días o más durante un mínimo de 3 meses (el nuevo clasificación ahora distingue claramente entre la diferentes tipos de drogas), y la desaparición de la cefalea después de suspender el medicamento[2]**.**

Sólo unos pocos estudios fiables han investigado la incidencia y prevalencia de la cefalea inducida por medicamentos. Algunos estudios recientes han sugirió una prevalencia de esta patología de entre 2 y 4% entre la población general de Francia [3]. Sin embargo, el término "cefalea crónica diaria no está claramente definido y puede cubrir cefalea tensional crónica y la migraña crónica, así como cefalea por sobreuso de medicamentos.

El estudio de headeache -Hunt [6] reveló una prevalencia de MOH (cefalea por sobreuso de medicamentos) alrededor de 1% en una cohorte de Noruega. Otro estudio de base poblacional sobre la CDH (cefalea diaria crónica) realizó recientemente en España indicó que el 1% de la población general sufría de dolor de cabeza diario combinado con medicamentos uso excesivo [4]. En los EE.UU., un estudio realizado en atención primaria indicó que la MOH fue la tercera causa más común de dolor de cabeza [5]. En las clínicas Europeas especializadas en cefalea, hasta el 10% de los pacientes pueden presentar MOH [6]. Un reciente estudio noruego sugirió que un bajo nivel socioeconómico se asocia con un mayor riesgo de desarrollar cefaleas frecuentes y de carácter crónica [7]. MOH no es sólo un problema de Europa o de Norte América, parece ser un fenómeno mundial.

Un estudio epidemiológico en una población de adultos mayores en China (mayores de 65 años) reveló una incidencia de 3,9% para el CDH en combinación con el uso excesivo de medicamentos para controlar la cefalea [8]. Resultados similares se obtuvieron de un estudio llevado a cabo recientemente en Taipei, Taiwán, en el cual una se evaluó una población de 3377 personas [9]. Dentro de esta cohorte, el 3,2% sufría de dolor de cabeza diario y una tercera parte de estos, cumplían con los criterios de la IHS para MOH. Más alarmante, sin embargo, es cada vez mayor evidencia de que la MOH no es sólo un problema de los adultos, sino también de adolescentes e incluso de niños [10]. Un estudio reciente sobre cefalea inducidos por cafeína en los niños reveló que MOH puede ocurrir en niños tan pequeños como de 6 años [11]. En este punto, los niños ya habían sufrido en promedio más de 12 meses, lo que indica que el uso excesivo había comenzado entre las edades de 4 y 5 años. Los datos sobre la prevalencia del MOH en los niños no están disponibles todavía, pero el hecho de que son los primeros informes de MOH con terapia de suspensión de los medicamentos, muestra claramente un problema que va en ascenso. [12,13], y puede indicar un aumento en la prevalencia d MOH en los adultos en el futuro. En conjunto, la prevalencia de la CDH que parece ser entre el 2 y el 4% en la población general. MOH representa aproximadamente un tercio de estos casos, lo que indica una prevalencia de aproximadamente el 1% de la población en general a nivel mundial.

Como se indica en la antigua clasificación de la IHS [1], MOH aparece como consecuencia del uso excesivo de analgésicos, sobre todo fármacos combinados o derivados del cornezuelo , la cual se caracteriza por la presentación crónica, holocraneal, dolor de cabeza difuso, sordo, sin síntomas asociados. De igual forma la MOH inducida por ergotamina también puede aparecer como un dolor de cabeza difuso de carácter pulsátil.

En un meta-análisis realizado por Diener y ¨ Dahlo f en 1999 [13] que incluía 2.612 pacientes con el MOH, la migraña corresponde a la cefalea de presentación primaria en el 65% de los pacientes, la cefalea tensional en el 27% y dolores de cabeza combinado u otras cefaleas en el 8%.

Se presento MOH en una relación tres veces más mujeres que hombres (3.5: 1). Los pacientes habían sufrido un promedio de 10,3 años de su dolor de cabeza primario, con una duración media de la vida diaria dolor de cabeza de 5,9 años. Las definiciones en la primera clasificación y las anteriormente mencionada en los meta-análisis se basaron en estudios y la experiencia con analgésicos y derivados del cornezuelo solamente. Pronto después de la aprobación de sumatriptán y otros miembros de la familia de los triptanes se hizo evidente que, con tanto como con analgésicos y cornezuelos todos los triptanes también podría causar el MOH [14,15]. Clínicamente, sin embargo, los pacientes que sufren de MOH como consecuencia del uso excesivo de los triptanos presentan características diferentes a los sugeridos por la vieja clasificación de la IHS. Los triptanes no sólo parecen causar dolor de cabeza tipo migraña diaria sino que además causan un aumento "puro" de la frecuencia de los ataques de migraña [15] sin necesidad de ocasionar un cuadro de cefalea crónica diaria.

En un estudio prospectivo, Limmroth et al. [16] Examinaron 98 pacientes consecutivos y evaluaron las características clínicas y farmacológicas tales como la duración media del consumo uso excesivo de medicamentos, la media mensual de consumo los mismos, así como la dosis media mensual, además de las características clínicas específicas de la MOH después de que el uso excesivo de los diferentes fármacos para el control dolor de cabeza haciendo principal énfasis en los triptanes recientemente aprobados.

Curiosamente, el promedio de duración del sobreuso critico de medicamentos fue más corto para los triptanes (1,7 años), más largo para los derivados del cornezuelo (2,7 años), y aun más prolongado para los analgésicos (4,8 años).
La frecuencia media de consumo mensual más baja fue para los triptanes (18 dosis únicas por mes), más alto para los cornezuelos (37 dosis),y la más alta de analgésicos (114 dosis). Mientras que los pacientes que consumían en exceso analgésicos y derivados de cornezuelo de centeno generalmente sufrían de una TTH (cefalea tensional) diaria, los pacientes que abusaban de los triptanes describían un dolor de cabeza (a diario) similar a migraña o un aumento de la frecuencia de los episodios de migraña.

Por lo tanto, el uso excesivo de los triptanes llevó la MOH más rápido y con menor dosis en comparación con cornezuelos y analgésicos, y la características clínicas del la MOH, dependen del tipo de medicamento.

2. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1 PREVALENCIA E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Aunque frecuentemente sub-diagnosticada, la prevalencia de la CAM aumenta mundialmente, habiéndose convertido en el tercer tipo más frecuente de cefalea.

De acuerdo con las investigaciones epidemiológicas desarrolladas durante los ochenta, entre el 1% y el 3% de la población mundial tomaba analgésicos diariamente, y hasta un 7% los ingería, al menos, una vez a la semana. Estudios transversales, de base poblacional y epidemiológica, señalaron que la prevalencia de cefalea crónica, asociada al abuso de medicación, implicó entre el 1 y el 1,4% de la población general, con un pico en mujeres de 50 años. En este rango de edad, las mujeres que presentaron los criterios para diagnóstico de CAM alcanzaron el 5%. Un meta-análisis de 29 estudios, que involucraron un total de 2612 hombres y mujeres con cefalea crónica y abuso de analgésicos, confirmó el predominio en mujeres, en una proporción de 3,5:1, a la vez que comprobó, entre esos pacientes, el uso simultáneo de diferentes agentes farmacológicos, en un promedio de 2,5 a 5,8. Al momento del diagnóstico, la duración media de la cefalea primaria fue de 20,4 años, mientras que la del abuso de medicación promedió los 10,3 años.

Por su parte, la extensión media de la cefalea diaria, prolongada por más de 15 días al mes, alcanzó los 5,9 años.

La CAM puede, incluso, presentarse durante la niñez y temprana adolescencia. Un estudio reciente, sobre cefalea inducida por cafeína en niños, demostró su aparición en pequeños de hasta 6 años. La investigación reveló que los niños padecieron Cefalea por Abuso de Medicación por más de 12 meses, en promedio, con un inicio precoz del abuso, en ciertos casos, a la edad de 4-5 años.

Desafortunadamente, el impacto epidemiológico de la CAM en países latinoamericanos es desconocido. Pero, si se considera que la prevalencia de las dos formas más frecuentes de cefaleas primarias (migraña y cefalea tensional), que conducen a la Cefalea por Abuso de Medicación, no difiere de la detectada en Europa, es posible inferir que la prevalencia de CAM en América Latina se acerca a la europea. En el marco del proyecto COMOESTAS, las instituciones participantes que representan a Chile y Argentina, concretaron un estudio piloto en sus centros clínicos especializados en cefaleas. El procesamiento de la

información arrojó que, de los 100 pacientes consecutivos atendidos, el 55% de los pacientes chilenos y el 70% de los pacientes argentinos presentaron CAM. Estos resultados fueron similares a los encontrados en clínicas terciarias de países desarrollados especializadas en cefaleas.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO DE TRIPTANES Y ANALGÉSICOS

En muchos países, el uso excesivo de analgésicos es muy común en la población en general. Los primeros estudios en los años 1980 y 1990 estima que aproximadamente el 1% de la población alemana podía consumir hasta 10 comprimidos de analgésicos todos los días [20].

En Suiza, un estudio de una muestra representativa de la población suiza reveló que aproximadamente el 4,4% de los hombres y el 6,8% de las mujeres tomaron analgésicos una vez por semana o más y 2,3% diariamente [21]. En Noruega, un estudio de más de 19 000 individuos mostró que el 28% de los hombres y 13% de las mujeres había usado analgésicos durante los últimos período de 28 días, sobre todo para tratar dolores de cabeza [22]. En un reciente Estudio epidemiológico transversal basado en la población en Noruega (estudio de cefaleas-Hunt) de los cuales casi 50 000 los sujetos revelaron que aproximadamente el 10% de este la población dijo haber tomado analgésicos en la actualidad en un todos los días. Hasta el 5% dijo haber tomado analgésicos en un todos los días durante al menos 6 meses [23].

No es sólo analgésicos de tipo venta libre son ampliamente usados en exceso. Hay pruebas convincentes de que los agonistas de la 5 - hidroxitriptamina (5-HT) (triptanes) han surgido recientemente como causantes de este tipo de cefalea.

En un estudio del Reino Unido de 360 pacientes con migraña, el 7% de los pacientes utilizan más de 150 dosis de triptanes en un período de 12 meses [24]. Estos resultados fueron confirmados por un estudio observacional de una auditoría del uso de sumatriptán en Dinamarca en el período 1994-1995 [25,26], que mostró que el 5,1% de los pacientes con migraña tuvieron un promedio de una o más dosis por día. Por otra parte, una revisión de los primeros 27 meses de tratamiento con sumatriptán en Dinamarca mostró que el 1% de los pacientes representaron el 20% del consumo total [27]. Sin embargo El objetivo principal para las cohortes de este tipo debería ser, qué porcentaje desarrollara cefalea por el sobreuso de medicamentos.

Este aspecto fue motivo de un estudio prospectivo en pacientes con migraña. La cohorte constaba de más de 600 pacientes consecutivos migraña sin cefalea por sobre uso de medicamentos o cefalea crónica diaria (CDH) que fueron seguidos durante 12 meses [28.]. Alrededor del 14% de la cohorte desarrolló CDH el plazo de un año y dos tercios de estos cumplieron con los criterios de cefalea por sobre uso de medicamentos. Los dos principales predictores de riesgo fueron la alta frecuencia de los episodios de cefalea y el uso excesivo de medicamentos, por lo anterior mencionado decidimos formularnos esta pregunta:

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características farmacológicas y clínicas de la cefalea por sobre abuso de medicamentos (causada por analgésicos, triptanes y opioides) en los pacientes con diagnostico cefalea vascular y migraña que consultan al Hospital Universitario de Neiva, entre Agosto y Noviembre de 2011?

3. JUSTIFICACIÓN

La cefalea por sobre uso de medicamentos es un problema creciente a nivel mundial, estudios epidemiológicos muestran que cerca del 4% de la población abusa en la toma de analgésicos y otros medicamentos para el tratamiento de condiciones dolorosas como la migraña. Cerca del 1% de la población general en Europa, América y Asia padece de cefalea por abuso de medicamentos; fármacos, utilizados para tratar la cefalea ya sean prescritos por el médico o comprados sin formulación, pueden incrementar la periodicidad e intensidad de la cefalea cuando son utilizados con mucha frecuencia.

La cefalea por sobreuso de medicamentos , se presenta en pacientes que tienen como diagnósticos de base, cefaleas tensiónales o migraña, las cuales se transforman en cefaleas crónicas debido al uso inadecuado de los fármacos usados para tratar las manifestaciones de dolor, los cuales provocan un efecto de rebote. Se ha establecido de igual forma, que el comportamiento clínico de la enfermedad dependerá del tipo de medicamento que se abusa. Factores como susceptibilidad genética, factores ambientales, y algunos compuestos como la cafeína, incluidos en los medicamentos, también parecen estar implicados en el desarrollo de dicha entidad, aunque aún se desconoce la causa exacta.

Esta patología, es muchas veces, mal diagnosticada, y por ende orientada de forma errónea, prolongando así los periodos y la intensidad de las cefaleas en los pacientes que la padecen.

De igual forma, Una vez que el patrón de cefalea por sobre uso de medicamentos es establecido, también la cantidad de medicamento necesario para tratarlas aumenta.

Por las razones anteriormente mencionadas, hemos decidido ahondar sobre el comportamiento de este tipo de cefalea, documentar su frecuencia, y proporcionar información sobre los medicamentos que mas causan este evento.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características farmacológicas y clínicas de las cefalea por sobre abuso de medicamentos en los pacientes con cefalea vascular y migraña que consultan al Hospital Universitario de Neiva, entre Agosto a Noviembre de 2011

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir los factores socio-demográficos de los pacientes con cefalea por sobre-abuso de medicamentos.

Identificar las características clínicas de los pacientes con diagnosticó de cefalea por sobre uso de medicamentos.

Establecer cuáles son los medicamentos causantes de cefalea por sobre-abuso de los mismos.

5. MARCO TEORICO

El dolor de cabeza o cefalea se define como una sensación desagradable o de malestar que se localiza en el cráneo.

La cefalea es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia, en la atención primaria y por supuesto en la consulta del neurólogo. Es una patología que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen y es una importante causa de ausentismo laboral. Dado lo transversal de esta patología, es que médicos de todas las especialidades nos vemos en la obligación de satisfacer la demanda de nuestros pacientes por un alivio [29].

Las cefaleas se dividen en primarias, cuando constituyen propiamente una enfermedad, y secundarias, cuando son un síntoma más de otra enfermedad. Las cefaleas primarias más frecuentes son la cefalea tensional, las migrañas y la cefalea en racimos (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación internacional de las cefaleas.

Primarias	
1. Migrañas:	•Migrañas sin aura • Migrañas con aura
2. Cefalea tensional:	• Cefalea tensional de baja frecuencia • Cefalea tensional de alta frecuencia • Cefalea tensional crónica
3. Cefaleas en racimos y otras cefaleas trigémino autonómicas, incluyendo:	• Cefalea en racimos
4. Otras cefaleas primarias	
Secundarias	
5. Dolor de cabeza atribuido a traumatismos de cabeza o cuello:	• Cefaleas agudas crónicas y post-traumáticas
6. Dolor de cabeza atribuido a enfermedades vasculares:	• Cefalea atribuida a hemorragia sub-aracnoide • Cefalea atribuida a arteritis de células gigantes
7. Cefaleas atribuidas a trastornos intra-craneales no vasculares, entre ellas:	• Dolor de cabeza atribuido a hipertensión intra-craneal idiomática • Cefalea atribuida a neoplasma intra-

	craneal
8. Dolor de cabeza atribuido a una sustancia determinada o a su carencia o retirada:	• Cefalea inducida por monóxido de carbono • Cefalea inducida por el alcohol • Cefalea inducida por el abuso de medicamentos • Cefalea provocada por el abuso de ergotamina • Cefalea inducida por el abuso de triptanes • Cefalea inducida por el abuso de analgésicos
9. Cefaleas atribuidas a infecciones como, por ejemplo:	• Cefalea asociada a infección intra-craneal
10. Cefalea asociada a trastornos de la homeostasis	
11. Cefaleas o dolores faciales atribuidos a trastornos del cráneo, el cuello, los oídos, la nariz o los senos nasales, los dientes, la boca u otras estructuras faciales como, por ejemplo:	• Dolor de cabeza cervicogénico • Dolor de cabeza atribuido a un glaucoma agudo
12. Cefaleas atribuidas a trastornos psiquiátricos	
Neuralgias y otras cefaleas	
13. Neuralgias craneales, dolores faciales centrales o primarios, otras cefaleas.	• Neuralgia trigeminal
14. Otras cefaleas, neuralgias crónicas y dolores faciales centrales o primarios	

Fuente: Cefalea de rebote por abuso de medicamentos

En aproximadamente el 5-10% de los pacientes que presentan cefalea, ésta es secundaria a la administración de medicamentos, con una prevalencia del 1%. Se presenta especialmente en mujeres, en la 5° y 6° década de la vida, aunque existen también reportes en pacientes jóvenes asociados al uso de analgésicos [30]. Hay que destacar la importancia de esta cefalea, que con frecuencia es infra-diagnosticada en atención primaria, por lo que, ante una cefalea crónica diaria, tendríamos que descartar que ésta fuera secundaria al abuso de medicamentos (Tabla 2).

Tabla 2. Cefaleas crónicas (IHS-2004 modificada).

Primarias

1. Migraña.
   - 1.5 Complicaciones de la migraña.
     - 1.5.1 Migraña crónica.
   - 1.6 Migraña probable.
     - 1.6.5 Migraña crónica probable.
2. Cefalea tensional.
   - 2.3 Cefalea de tensión crónica.
     - 2.3.1 Cefalea de tensión crónica asociada a contractura muscular pericraneal.
     - 2.3.2 Cefalea de tensión crónica no asociada a contractura muscular pericraneal.
     - 2.4.3 Cefalea de tensión crónica probable.
4. Otras cefaleas primarias.
   - 4.7 Hemicránea continua.
   - 4.8 Cefalea crónica diaria de inicio reciente.

Secundarias a abuso de medicamentos.

8. Cefalea secundaria a ingesta de substancias o su supresión.
   - 8.2 Cefalea secundaria por abuso de medicamentos.
     - 8.2.1 Cefalea por abuso de ergotamina.
     - 8.2.2 Cefalea por abuso de triptanes.
     - 8.2.3 Cefalea por abuso de analgésicos.
     - 8.2.4 Cefalea por abuso de opiáceos.
     - 8.2.5 Cefalea por abuso de combinaciones de medicamentos.
     - 8.2.6 Cefalea relacionada con el abuso de otros medicamentos.
     - 8.2.7 Cefalea probable por abuso de medicamentos.

Secundarias a causa orgánica subyacente.

El número corresponde al lugar que ocupan en la nueva Clasificación de la IHS- 2004.

Fuente: Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos

A nivel mundial el abuso analgésico para el dolor es 4 %, la cefalea por abuso es 1% de la población adulta de Europa, Asia, USA y en los adolescentes 0.5%. En las Clínicas de cefalea de Europa la consulta por cefalea crónica por abuso de medicamentos es del 15 a 20% de la consulta y en USA del 59.64%.

El Head HUNT (2003) con un seguimiento de 11 años, demuestra que el abuso de analgésicos para cualquier dolor aumenta claramente el riesgo relativo (RR) para presentar una cefalea crónica diaria: Migraña crónica RR: 13.3; Cefalea no migrañosa RR: 6.2; Dolor cervical RR: 2.2; Lumbago RR: 2.4. Otros factores de riesgo que pueden estar implicados como: opioides para otras

enfermedades, comorbilidad psiquiátrica; dependencia a sustancias vaso activas como el alcohol y la nicotina e historia familiar de consumo [34].

5.1 CEFALEA CRÓNICA DIARIA (CCD)

La cefalea crónica diaria es una cefalea primaria que aparece 15 o más días al mes, durante un mínimo de 6 meses. Sin tratamiento dura, como mínimo, 4 h. Suele haber historia previa de migraña o de cefalea tensional. Con frecuencia se asocia al abuso de analgésicos y a cuadros psiquiátricos (ansiedad y/o depresión). Una de las causas de transformación de la migraña o de la cefalea tensional en dolores diarios es el consumo indiscriminado de analgésicos u otro grupo de fármacos utilizados para conseguir alivio del dolor [31].

La cefalea crónica diaria es frecuente en la práctica clínica diaria. Dado que la mayoría de los enfermos que consultan por este motivo abusan de analgésicos, este factor se ha puesto directamente en relación con la cronificación de la cefalea primaria de base.

En población general se estima una prevalencia de CCD del 4,7% y una prevalencia del 1,5% de pacientes con cefalea crónica y abuso de analgésicos (CAA), por tanto aproximadamente un tercio de los pacientes con CCD cumplen criterios de abuso de analgésicos. En Unidades de cefalea aproximadamente el 40% de los pacientes tienen CAA, lo que confirma la elevada prevalencia del abuso de analgésicos por cefalea [32].

5.2 CEFALEA CRÓNICA Y ABUSO DE ANALGÉSICOS

En los años 50 se realizan las primeras descripciones de pacientes cuyas cefaleas empeoraron al consumir diariamente ergotamina y posteriormente aparecen nuevos estudios que implican analgésicos simples y opioides en la cronificación de la cefalea, dando lugar al concepto de cefalea por abuso de analgésicos o cefalea de rebote.

En los años 90 se publican los primeros trabajos que implican a los triptanes en el mantenimiento y/o agravamiento de la cefalea preexistente. Otros autores han tratado de investigar si el consumo de analgésicos por sí mismo puede producir cefalea crónica en pacientes sin antecedentes de cefalea primaria. Se han realizado estudios en grupos de pacientes que tomaban analgésicos diariamente

por dolor músculo-esquelético o procesos reumatológicos, no encontrando mayor prevalencia de cefalea crónica que en la población general.

Estos datos sugieren que los analgésicos por sí mismos no son causa de cefalea crónica en pacientes sin historia previa de cefalea, pero sí pueden empeorar la cefalea episódica contribuyendo a su cronicidad.

5.2.1 Definición. A lo largo de los años la CAA ha sido conocida por diversos términos, tales como cefalea de rebote por analgésicos o ergotamina, cefalea fármaco-inducida o cefalea por abuso de analgésicos.

Fue Rappoport quien inicialmente propuso el concepto de cefalea por abuso de analgésicos. Este término se refirió al empeoramiento de la cefalea de base en pacientes con cefaleas crónicas frecuentes que tomaban analgésicos regularmente. La cefalea se inicia al cabo de 3-4 horas tras el cese del analgésico, exacerbándose durante 2-4 semanas: “periodo de lavado del analgésico”. Transcurrido ese tiempo, el paciente mejora ostensiblemente. Sin embargo, la definición nosológica de las cefaleas primarias crónicas es controvertida. En el año 1988 la International Headache Society (IHS) publicó la primera “Clasificación y Criterios Diagnósticos de las Cefaleas, las Neuralgias Craneales y el Dolor Facial”. Hasta entonces no existía consenso acerca de las características clínicas de los diferentes tipos de cefaleas, por lo que esta clasificación sirvió de instrumento tanto para la práctica asistencial como para la realización de numerosos trabajos de investigación que permitieron avanzar en el conocimiento de las cefaleas. Sin embargo, fue muy criticada sobre todo en el apartado de las cefaleas crónicas y el abuso de analgésicos, ya que todo paciente con cefalea crónica, según la IHS,

Tabla 4. Dosis de Fármacos necesarios para Diagnosticar cefalea por abuso de Analgésicos.

Tabla 4 Dosis de fármacos necesarias para diagnosticar cefalea por abuso de analgésicos

Ácido acetilsalicílico/paracetamol	1 g/día, más de 2 días/semana
Analgésicos combinados a dosis bajas o asociados a cafeína o barbitúricos	Más de 3 comprimidos/día, más de 3 días/semana
Narcóticos	Más de 1 comprimido/día, más de 2 días/semana
Ergóticos	Más de 1 mg/día por vía oral o 0,5 mg/día por vía rectal, más de 2 días/semana
Triptanes	10 dosis individuales por mes puede ser suficiente

Fuente: Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos

5.2.2 Fisiopatología. La fisiopatología de la CCD y CAA es desconocida, aunque cada vez son más los autores que defienden que el factor etiológico principal sea genético, es decir, estos pacientes nacen ya con una predisposición, genéticamente determinada, para el desarrollo de una cefalea crónica. En algunos casos la predisposición sería tan fuerte que ya desde edades iniciales de la vida y sin otros factores el paciente desarrolla "espontáneamente" una CCD. En el resto de los pacientes, la CCD (y por ende la CAA) aparecería al tener contacto con algún factor predisponente (consumo de determinados analgésicos con capacidad de inducir rebote, trastornos psicológicos, etc.

5.2.3 Perfil Clínico. Existen un perfil clínico y una serie de signos y síntomas comunes en los pacientes con cefalea, consumidores habituales de analgésicos. La edad media de los pacientes oscila entre los 40-45 años, predomina el sexo femenino, con historia previa de cefaleas de 20-25 años de evolución y un periodo de abuso de analgésicos de 7-10 años de media.

Los pacientes con CAA aquejan una cefalea constante, diaria o casi diaria, de intensidad variable, aunque suele ser moderada, que se puede desencadenar con el más mínimo esfuerzo físico o intelectual. Se suele acompañar de irritabilidad, astenia, ansiedad, problemas con la memoria, dificultad para la concentración intelectual o depresión. Se advierte un ritmo de cefaleas que parece depender de los fármacos: el dolor comienza a primera hora de la mañana, cede parcialmente

al tomar el analgésico, y vuelve a aparecer horas más tarde para mantenerse durante el resto del día. Además de esta cefalea difusa de fondo, los pacientes con antecedentes de migraña pueden presentar ataques de cefalea unilateral con síntomas gastrointestinales asociados, mientras que los pacientes con CTC no suelen discriminar entre las características de su cefalea primaria y la actual CAA [32].

5.3 CEFALEA CRÓNICA POR ABUSO DE MEDICAMENTOS Y CEFALEA CRÓNICA DIARIA

La cefalea por abuso de medicamentos (CCAM) se encuentra incorporada a la clasificación de la sociedad internacional de cefaleas (IHS) desde el 2004. Esta entidad se relaciona estrechamente con la cefalea crónica diaria y se desarrolla a partir de migrañas transformadas y en menor grado de cefaleas tensiónales crónicas.

Característicamente el desarrollo de la CCAM se relaciona a uso y abuso de un fármaco indicado como terapia en una cefalea primaria y que desaparece o mejora (en al menos en un 50%) al suspender el uso del medicamento involucrado. Los fármacos que pueden producirla son clásicamente los ergotamínicos, los analgésicos y últimamente también los triptanes, aunque cualquier medicamento usado como terapia analgésica de una cefalea puede llegar a generarla. Como factores de riesgo principales en su producción están la existencia de una cefalea tensional crónica y el abuso de analgésicos.

Los primeros criterios de abuso son los de Silberstein, que consideran el uso del fármaco en determinadas dosis, al menos dos veces por semana, por un mínimo de tres meses. Las dosis a considerar dentro de los criterios son las siguientes: ergotamínicos 1mg/día, aspirina o paracetamol 1gr/día, triptanos 1comp/día, analgésicos combinados (con barbitúricos o cafeína) 3 comp/día y narcóticos 1comp/día, aunque actualmente más que las dosis, lo que importa es el número de días de ingesta por mes, pero también encontramos los criterios diagnósticos de cefalea crónica por abuso de medicamentos propuestos por IHS-2004 modificad (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios diagnósticos de Cefalea Crónica por abuso de Medicamentos (IHS-2004 modificada).

A. La cefalea debe estar presente ≥ 15 días / mes, cumpliendo los criterios D y E, con al menos una de las siguientes características:

Ergóticos Analgésicos Combinaciones de medicamentos.
1. Cefalea bilateral.
2. Cualidad opresiva tirante.
3. Intensidad leve o moderada.

Opiáceos
No define características.

Triptanes
1. Cefalea predominantemente unilateral.
2. Cualidad pulsátil.
3. Intensidad moderada severa.
4. Empeora con actividades de la vida diaria.
5. Presenta al menos uno de:
   - náuseas y/o vómitos.
   - fotofobia y fonofobia.

B. Ingesta de medicación ≥ 10 días / mes durante un periodo ≥ 3 meses:
   1° Ergóticos.
   2° Triptanes.
   3° Opiáceos.
   4° Combinaciones de medicamentos (opiáceos, ergóticos, analgésicos, cafeína).

C. Ingesta de analgésicos ≥ 15 días/mes durante un periodo ≥ 3 meses.

D. La cefalea se ha desarrollado o empeorado claramente durante la ingesta del principio activo o mezcla de principios activos.

E. La cefalea se resuelve o vuelve a presentar las características de la cefalea previa después de dos meses de la supresión del medicamento.

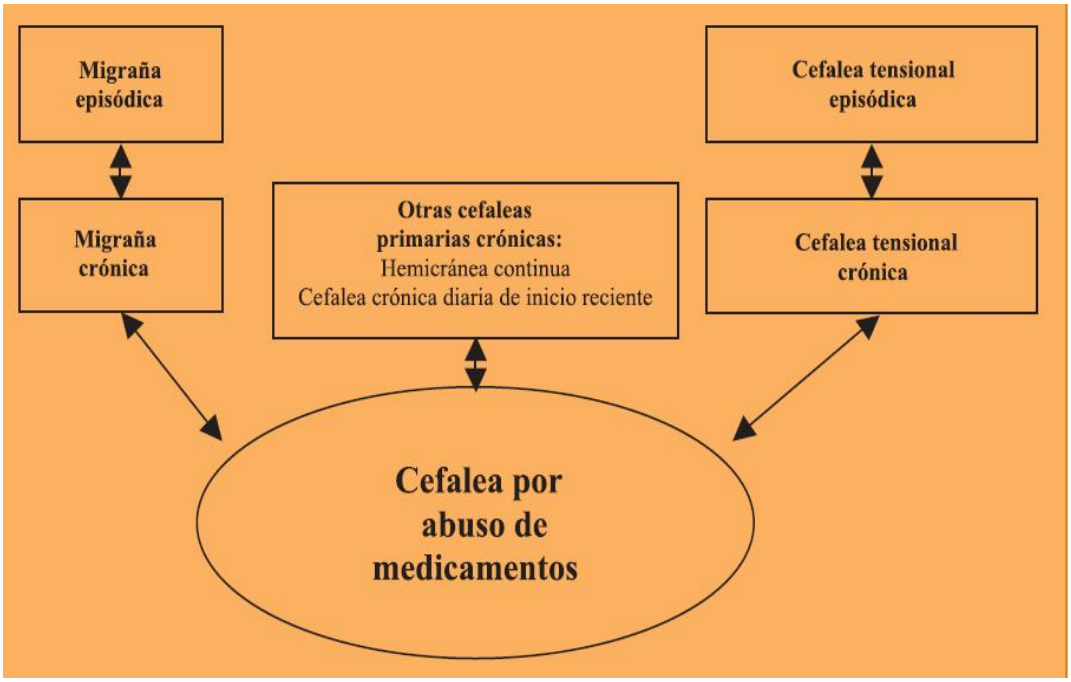
Fuente: Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

La cefalea crónica por abuso de medicamentos, es una cefalea refractaria diaria o casi diaria, de semiología variable, tanto en tipo, severidad y localización, especial influencia tiene la cefalea de base, y se gatilla con facilidad, por ejemplo frente a esfuerzos físicos o intelectuales, no responden a tratamientos profilácticos habituales, presenta síntomas asociados, como gastrointestinales, ansiedad, trastornos de memoria o síntomas de exceso de ergotaminicos. Típicamente hay síntomas de deprivación al suspender, que incluye una exacerbación inicial de la cefalea, pero con mejoría al mantener la discontinuación.

Como cefalea de origen de la CCAM, se encuentran migrañas en 65% de los casos, cefaleas de tipo tensiónales en 27% y mixtas en 8%. Al comparar los diferentes fármacos y el periodo de ingesta previo a la aparición de la cefalea por

sobreuso, esta ocurre más precozmente el caso de analgésicos, posteriormente ergotamínicos y por último triptanes. El abuso de analgésicos y ergotamínicos producen con mayor frecuencia cefaleas de tipo mixtas, con elementos migrañosos y tensiónales, y en el caso de los triptanes, se producen habitualmente cefaleas de predominio migrañoso. La cefalea crónica diaria (CCD), es la presencia de cefalea al menos 15 días por mes, por tres meses o más, tiene una frecuencia alta, se ha reportado 40% en clínicas de cefalea y 10% en consulta neurológica general, es un grupo heterogéneo y se asocia al abuso de medicamentos en un 30 a 80% de los casos. Estas pueden ser originadas desde una migraña (migraña transformada), una cefalea de tipo tensional (tensional crónica), una cefalea crónica diaria de novo o de una hemicránea continua. Además se asocia frecuentemente a alteraciones del sueño y trastornos del ánimo (Figura 1).

Figura 1. Evolución Temporal de las Cefaleas



Fuente: Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

5.4 MIGRAÑA TRANSFORMADA

Afecta generalmente pacientes con migrañas desde la 2° y 3° década, por más de 15 o 20 años, por definición debe tener una frecuencia mayor 15 días por mes, y

se caracteriza por ser de menor intensidad que las cefaleas habituales, duración media 4 horas, con menos síntomas asociados típicos (náuseas, vómitos, sonofobia y fotofobia), se puede asociar a dolor tipo tensional y pueden existir migrañas típicas agregadas. Frecuentemente asociada a abuso de fármacos (70-80%), especialmente ergotamínicos.

Tabla 6. Factores de transformación de las cefaleas crónicas diarias.

Exógenos	Endógenos
Estrés.	Factores hereditarios o constitucionales.
Eventos adversos de la vida diaria a nivel:	Alteraciones hormonales en relación con
– Personal.	la menopausia.
– Familiar.	Comorbilidad psiquiátrica:
– Social.	-Trastornos neuróticos.
Abuso de tóxicos y alcoholismo.	-Ansiedad.
Abuso medicamentos	-Depresión.
Factores crono-biológicos:	
– Cambios de ritmo de sueño.	
– Cambios de turno de trabajo.	

Fuente: Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos.

5.5 CEFALEA TIPO TENSIONAL CRÓNICA

Existencia de una cefalea tipo tensional previa, que aumenta la frecuencia, con una duración media 4-6 horas, localización difusa y bilateral, sin síntomas migrañosos marcados, a veces náuseas y fotofobia.

5.6 CCD DE NOVO

No hay cefaleas previas, generalmente inicio agudo, menos de tres días, se hace constante, se asocia a y puede ser gatillada por cuadros infecciosos virales. Debe siempre descartarse una patología secundaria [29].

5.7 PATOGENIA

FENÓMENO “WIND UP”: La estimulación repetitiva de las vías sensitivas conduce a sensibilización central, (Inevitable).

Se produce una adaptación celular a la excesiva exposición analgésica, lo que produce un defecto en la transducción de la membrana celular que conduce a la refractariedad al tratamiento.

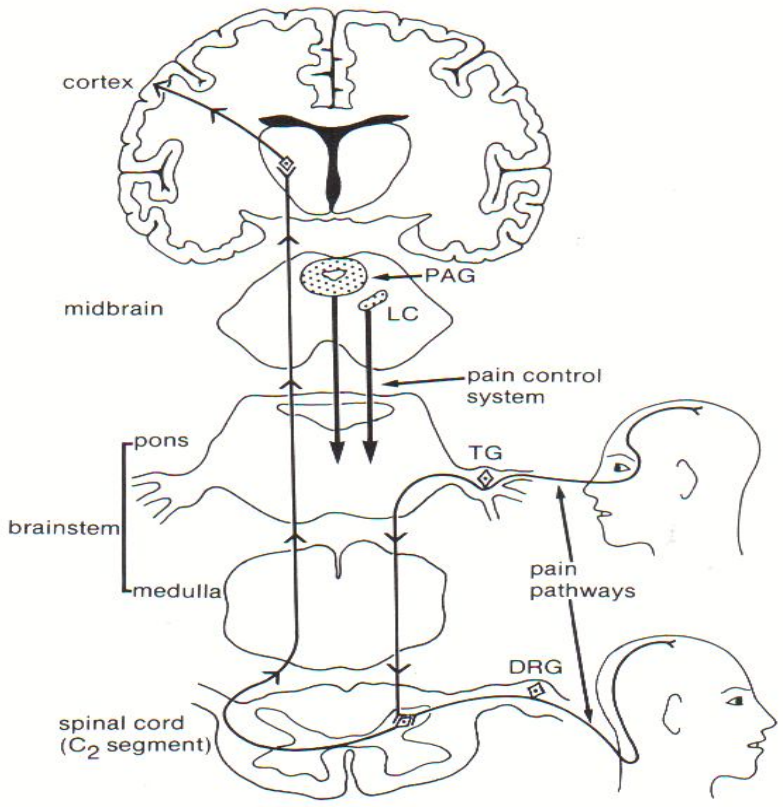
Los medicamentos para la cefalea producen un efecto inhibitorio en la modulación del dolor por el cerebro.

Se ha relacionado la cefalea y los medicamentos que inducirían cambios en la sustancia periacueductal que modula el dolor a nivel central.

Disfunción de la corteza órbitofrontal.

La cefalea por abuso se asocia con otras dependencias y a lo obsesivo-compulsivo. Además aumentan las co-morbilidades como depresión, ansiedad y pánico (6).

Figura 2. Patógenia de la Cefalea por Abuso.



Fuente: Cefalea de rebote por abuso de medicamentos

5.8 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología subyacente de la cefalea por abuso de medicamentos (MOH) no está clara. Como en la mayoría de las entidades dolor de cabeza, por lo cual se presentan varios aspectos diferentes como: los antecedentes genéticos, la regulación central y periférica de los receptores, determinados efectos psicotrópicos y el condicionamiento ambiental parecen jugar un papel clave.

5.9 GENÉTICOS

Se han publicado múltiples artículos que han relacionado la migraña a un determinado gen, pero lo cierto es que no existe hasta la fecha un sólo gen

descrito que explique el fenómeno en la gran mayoría de los pacientes, sí, podemos reconocer que la migraña es un trastorno con una base poligénica multifactorial.

La Migraña Hemipléjica Familiar es el único subtipo de migraña que tiene una reconocida herencia autosómica dominante, dada por una mutación en el gen CACNA1A relacionado al canal de calcio, localizado en el cromosoma 19. También se han descrito familias con un locus en el cromosoma 1, que codifica una subunidad de la Bomba Na-K+. Se ha descrito una asociación con un patrón de sensibilidad en la migraña con aura en relación al cromosoma 19 (pero distinto al gen CACNA1A) y al cromosoma [29].

Debido a que sólo los pacientes que sufren de migraña o cefalea tensional, pero no los pacientes con cefalea en racimos, se sabe que desarrollar MOH como consecuencia del uso excesivo de sus medicamentos, la determinación genética parece ser importante. Esto es apoyado por la observación de pacientes con otras enfermedades crónicas dolorosas como la artritis reumatoide, que se sabe que consumen analgésicos, sobre todo en altas dosis en forma regular, no se conoce para desarrollar la MOH. Curiosamente, los pacientes con antecedentes de migraña, sin embargo, que se ven obligados a tomar analgésicos de forma regular para otras dolorosas enfermedades pueden desarrollar trastornos de la MOH [28]. Hay, varios aspectos de lo que sugiere una determinado susceptibilidad genética en los pacientes con migraña o cefalea tensional para desarrollar MOH.

5.10 EFECTOS PSICOTRÓPICOS

Algunos compuestos bien establecidos anti-cefalea, sobre todo en los países fuera de la Unión Europea, contienen sustancias con efectos psicotrópicos, como la cafeína, codeína o barbitúricos. Un consenso internacional documento sobre la dependencia de la cafeína, sin embargo, vino a la conclusión de que no había ninguna evidencia firme para apoyar la existencia de un claro papel de la cafeína en el desarrollo de la MOH [33]. Sin embargo, no hay duda que la cafeína tiene un efecto analgésico sinérgico, reduce la vigilancia de la fatiga, aumenta y mejora la el rendimiento cognitivo.

Después de su consumo en altas dosis durante días y semanas, la caída en la sangre de la concentración de cafeína puede causar el efecto contrario, tales como cansancio, dificultad para concentrarse o dolor de cabeza a la retirada de la cafeína, que vuelve a desaparecer después de la re-exposición. No hace falta

decir que este mecanismo alienta a los pacientes a recuperar su ingesta regular de los medicamentos.
Como cada vez hay más evidencia de una genética predisposición en los pacientes que sufren de migraña o TTH para el desarrollo de la MOH, es probable que estos pacientes reaccionen de manera diferente al consumo de cafeína (por ejemplo, el desarrollo de los síntomas de abstinencia a dosis más bajas) que la población promedio. Al menos el 10% de la codeína (metilmorfina) es demetilizada a morfina en el hígado. La codeína puede dar lugar a dependencia física, como otros opioides, y con un círculo vicioso de los síntomas de abstinencia y el aumento de de frecuencia de consumo.

5.11 REGULACIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA DE LOS RECEPTORES

Como se mencionó anteriormente, existe un cuerpo de evidencia que sugieren que el uso excesivo de las diferentes drogas causará la MOH con diferentes características clínicas en diferentes horizontes [16], por ejemplo, los triptanos causan la MOH significativamente más rápido que los analgésicos. Además, un estudio sobre la retirada de dolor de cabeza [34], observaron que los síntomas de abstinencia duró mucho más tiempo cuando se abusa de los analgésicos en comparación con los triptanes o cornezuelos. La conclusión de estas observaciones es que el desarrollo de la MOH así como la duración y la intensidad de la abstinencia, los síntomas dependen principalmente del mecanismo de acción del grupo especial de medicamentos. Triptanes actúan a través del receptos 5-HT1, que son todos los receptores acoplados a proteína G-. Analgésicos, por el contrario, actúan a través de la inhibición de la síntesis de la enzima de prostaglandina, como la ciclooxigenasa I o II. De la fisiología de los receptores, bien se sabe que la regulación de los receptores 5-HT puede ocurrir tan pronto como: 24 a 96 h después de la exposición crónica [34].

5.12 CLÍNICA DE LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICAMENTOS

- Cefalea refractaria crónica diaria
- Cefalópata primario que abusa de medicamentos de alivio rápido
- La cefalea varía su carácter, localización y severidad.
- Cefalea con umbral más bajo.
- La cefalea se acompaña de astenia, nauseas, irritabilidad

- Problemas de memoria, concentración, depresión.
- Ritmicidad de la cefalea dependiente de la droga.
- Hay evidencia de tolerancia a los analgésicos acompañada de un aumento en las dosis.
- Síntomas de privación cuando los medicamentos se suspenden bruscamente
- Mejoría espontánea de la cefalea al discontinuar los medicamentos
- Profilaxis inefectiva.

5.13 CAUSAS PARA EL CONSUMO ANALGÉSICO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA DE REBOTE

- Indicación médica de tomarlo cuando lo necesite (57%)
- Incapacidad de enfrentarse al dolor (67%)
- Miedo al aumento del dolor (62%)
- Recurrencia precoz después de un consumo previo (30%)
- La idea de que no hay otro tratamiento (61%)
- Los analgésicos hacen la vida más soportable, con menos incapacidad (62%)
- Reduce la ansiedad y la tensión (41%)
- Ayuda a dormir (18%).

6. HIPOTESIS

La prevalencia de la cefalea por abuso de medicamentos será cercana a los porcentajes establecidos para la población europea que ya ha sido estudiada, que oscila alrededor del 1 % de la población.

Los analgésicos AINES son los fármacos más implicados en el desarrollo de la cefalea por abuso de medicamentos, debido a que los pacientes de nuestra región tienen mayor acceso a estos medicamentos.

La presentación clínica dependerá del tipo de medicamento que ocasione la cefalea por sobreuso de medicamentos.

7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
CARACTERÍSTI-CAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE	Características que condicionan la enfermedad	Edad	Años	Cuantitativo
		Sexo	Masculino, femenino	Nominal
		Estrato	1,2,3,4	Ordinal
		Co-morbilidades	Neurológica, cardiaca, respiratoria, digestiva, otras	Nominal
		Trastornos depresivos o psiquiátricos asociados	Depresión , ansiedad, otras	Nominal
CARACTERIZACIÓN DE LA CEFALEA	Signos y síntomas presentes en pacientes con diagnostico de Cefalea tensional crónica y Migraña	Antecedentes familiares de cefalea	Si, no	Nominal
		Tiempo de diagnostico de la cefalea	Años	Cuantitativo
		Tipo de cefalea que presenta	T ensional, migrañosa	nominal
		Duración promedio de cefalea	Días por mes	cuantitativo
		Características del dolor ubicación	Unilateral, en banda, holocraneal	Nominal
		Carácter	Sordo, Pulsátil	Nominal

		Asociado a nauseas o vértigo Asociado a fotofobia	Si, No Si, No	Nominal Nominal
CARACTERIZA-CIÓN FARMACOLÓGI-CA	Fármacos relacionados con la cefalea por sobre-abuso de medicamentos	Medicamentos que consume Frecuencia del consumo de medicamento en un mes. Ha empeorado la cefalea a pensar de consumir dicho fármaco. Tiempo de consumo de medicamento desde diagnostico de la cefalea Mejora la cefalea si suspende el medicamento	Analgésicos, triptanes opioides Días Si, No Meses Si, No	Nominal Cuantitativa Nominal Cuantitativo Nominal

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño del estudio será descriptivo prospectivo, de tipo trasversal que tendrá como finalidad conocer la prevalencia de la enfermedad, la caracterización socio-demográfica de los pacientes que la padecen así como el perfil farmacológico de los medicamentos que la causan ; este estudio será basado en la recolección de datos mediante el diligenciamiento de un formulario que evalúa los ítems a investigar posterior a la consulta de los pacientes con diagnósticos de cefalea tensional o migraña, es descriptivo debido a que estudia situaciones que ocurren en condiciones naturales, sin ser objeto de experimentación, y es diseñado para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo; prospectivo por que se realizara la recolección de los datos en el trascurso de la ejecución del estudio y transversal por que se obtiene la información en un momento dado del tiempo, sin el objeto de hacer seguimiento durante este mismo.

8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizara en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.H.M.P) de la ciudad de Neiva, con los pacientes que consultan al servicio de neurología por consulta externa, con diagnostico de cefalea tensional o migraña, en el periodo comprendido entre Febrero a Noviembre de 2011.

8.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población comprenderá todos los pacientes con diagnostico de cefalea tensional o migraña que consultan a H.U.H.M.P al servicio de neurología. La muestra corresponderá a la población anteriormente mencionada que consulte el periodo comprendido entre Febrero a Noviembre de 2011. El muestro será no probabilístico por conveniencia.

Para un análisis más organizado se tendrá en cuenta dos definiciones de caso.

- Caso Migraña: Todo paciente que ingreso al servicio de Neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo de estudio con diagnostico de Migraña.
- Caso de Cefalea Tensional y/o Vascular: Todo paciente que ingreso al servicio de Neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo de estudio con diagnostico de Cefalea Tensional y/o Vascular.

8.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

La técnica de recolección utilizada será la entrevista que comprende un proceso comunicativo directo o indirecto, mediante el cual el entrevistador obtiene una serie de información del entrevistado.

Dentro de esta técnica se empleara la entrevista semiestructurada que corresponde a una técnica mixta de la misma, porque está compuesta de dos modalidades; entrevista cerrada o estructurada determinada por preguntas con opciones preestablecidas. Y una entrevista no estructurada, donde las preguntas pueden ser respondidas de manera abierta

Para orientar mejor la Entrevista se implementara el cuestionario. es un documento formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa

8.5 PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio se llevara a cabo una entrevista de tipo semi-estructura, utilizando un cuestionario, a partir del cual se obtendrán los datos mediante la información que suministre los pacientes con diagnostico de cefalea tensional crónica y migraña, en diálogo directo con el investigador en el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante el periodo anteriormente mencionado.

8.6 INSTRUMENTO

El instrumento de medida, es un método sencillo y rápido consistente en un cuestionario que contiene dieciséis (16) preguntas cerradas y abiertas; las cuales tienen como finalidad obtener información acerca perfil socio-demográfico del paciente, la clínica de la cefalea, factores que pueden estar desencadenado esta y la frecuencia del consumo de medicamentos para la cefalea, el cual es contestado por el paciente y diligenciado por el entrevistador. Algunas de las preguntas del instrumento de medida corresponde a la encuesta POLICLINCO, que a su vez son aconsejas por el Dr. Alan Rappoport para Sospechar Cefalea por Abuso de Medicamentos. (Anexo A)

8.7 PLAN DE TABULACIONDE ANALISIS

Para la realización de la tabulación y análisis estadístico, los datos serán tabulados utilizando la herramienta estadística Epi Info 2000 versión 3.5.1, y donde se realizara el análisis estadístico de tipo cualitativo y cuantitativo de las variables socio-demográficas, características clínicas de la cefalea, factores que pueden estar desencadenado esta y la frecuencia del consumo de medicamentos para la cefalea; objetivos de este estudio de investigación, que serán plasmadas en los resultados de este mismo y a partir de estas obtener las conclusiones pertinentes.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación ha sido concebida y diseñada atendiendo a lo estipulado por la Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, atendiendo a lo planteado en el TITULO II relacionado con la investigación en seres humanos, en su CAPITULO I, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos: De conformidad con lo planteado en el ARTÍCULO 11, la presente investigación puede clasificarse como Investigación con riesgo mínimo por ser un estudio que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en preguntas cerradas aplicados a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Con el fin de cumplir con los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, nuestra investigación no implica ningún riesgo para las personas vinculadas al estudio. No se realizara ninguna intervención o examen por parte del investigador. Se le brindará confidencialidad de la información consignada y esta solo será de uso privativo de los investigadores. Teniendo en cuenta los fines de la investigación en salud, donde prevalecerá la seguridad e integridad del ser humano.

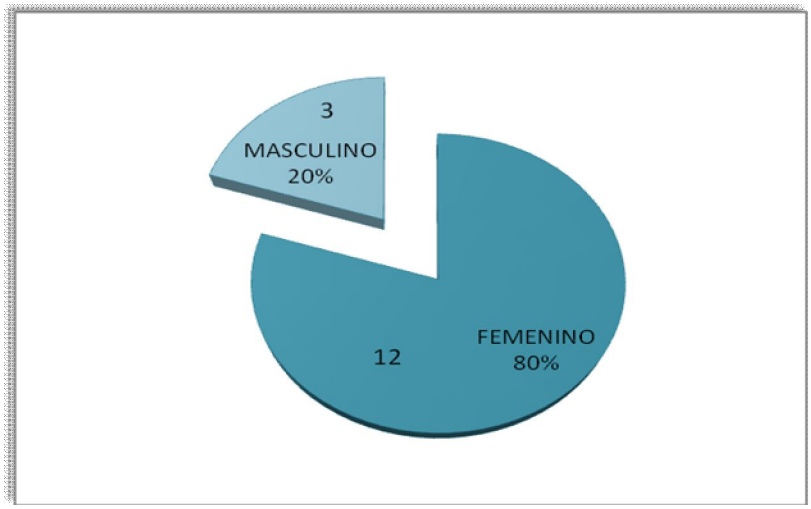
Con la realización del estudio no se pretende el beneficio de terceros no existe ninguna relación ni interés juzgando positiva o negativamente los resultados obtenidos.

10. RESULTADOS

10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTE CON CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS

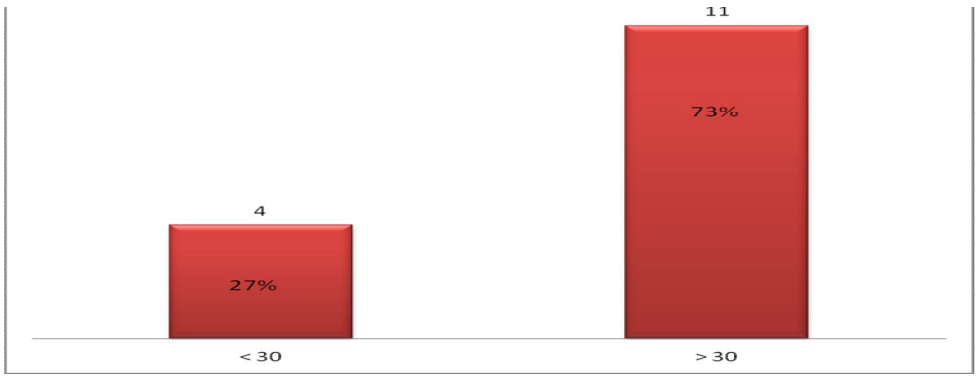
Los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos durante el periodo trascurrido entre Agosto y noviembre de 2011 corresponden a la realización de un total de 70 encuestas a igual número de pacientes con diagnóstico de cefalea primaria y migraña, de los cuales se estableció una muestra de 42 pacientes que cumplieron con los criterios planteados por Dr. Rapoport para sospecha de cefalea por abuso de medicamentos y finalmente 15 pacientes cumplieron a cabalidad con todos los criterios diagnósticos para la misma. Se registra luego en una base de datos con la cual se realiza operacionalización de variables establecidas, de los cuales 3 fueron hombres (20%); 12 mujeres (80%) de la población que cumplió con los criterios diagnósticos de Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos (n= 15), con una relación M:H 4 :1 (figura 3).

Figura 3. Distribución por Género.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

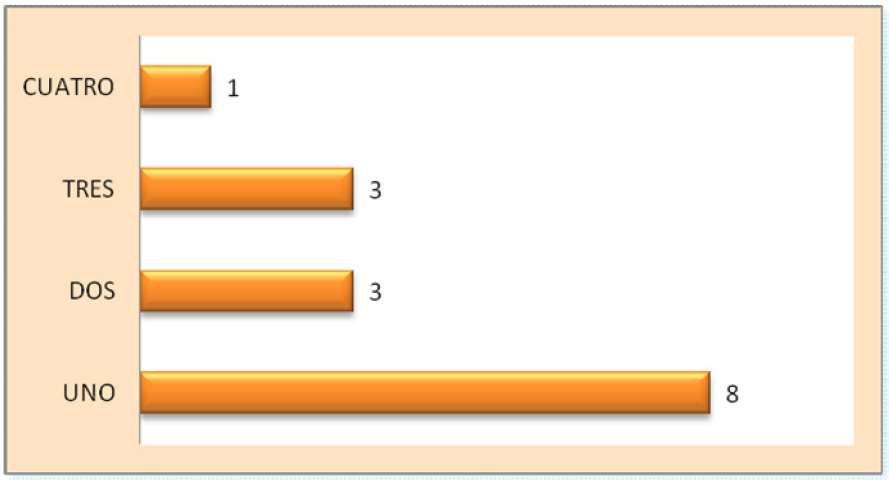
Figura 4. Distribución por grupo etario.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

Según la grafica, se observa claramente que la distribución de los pacientes en la población que cumplían los criterios diagnostico para Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos (n= 15), fue superior en los pacientes mayores de 30 años de edad, y en menor frecuencia en los menores de 30 años de edad. La edad máxima de un paciente con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos es de 62 años, mientras que la edad mínima es de 15 años.

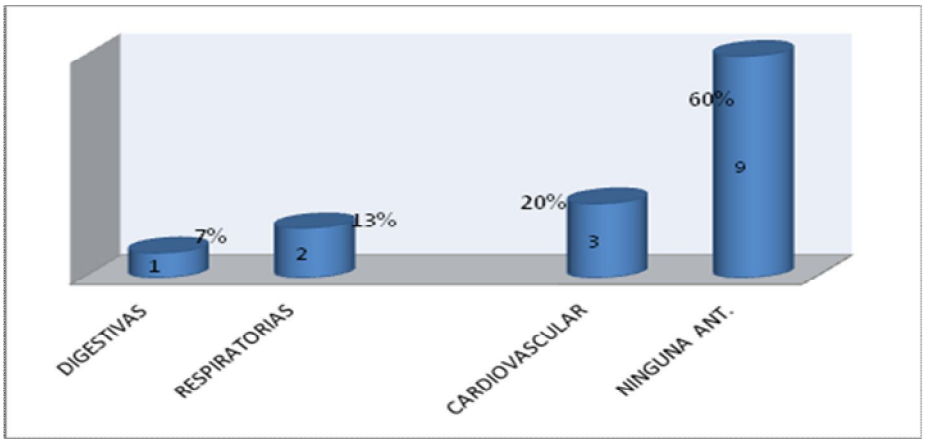
Figura 5. Distribución por estrato socioeconómico.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos

La grafica anterior nos ilustra muy bien la distribución en cuanto a su estratificación socioeconómica, donde se observa que los pacientes con diagnostico de Cefalea por Sobre Abuso de Medicamento se encuentran con un estrato socioeconómico de 1 a 3, de los cuales la mayoría se encuentran en el estrato socioeconómico 1 y en una menor frecuencia en el estrato socioeconómico 4.

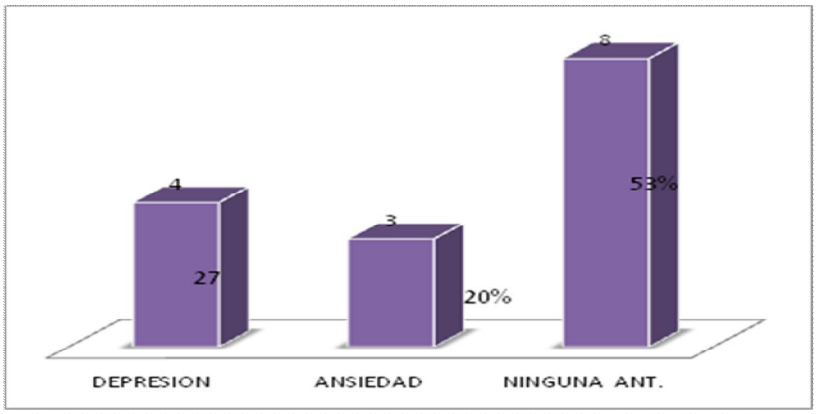
Figura 6. Patologías asociadas a la Cefalea por sobre Abuso de Medicamentos.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

Ya identificando las patologías que afectan los diversos sistemas, encontramos mayor incidencia en el sistema cardiovascular en un 20%, y en una menor incidencia con respecto al respiratorio y digestivo, aunque observando cada uno de los pacientes identificamos en el 60% de todos los casos no hay ninguna patología asociada. Se indagó además sobre la existencia de síntomas psiquiátricos frente a lo cual se determinó que 4 pacientes (23%) comentaron poseer síntomas de depresión, 3 pacientes (20%) comentaron padecer síntomas de ansiedad, y 8 (53%) pacientes no refiere ninguna alteración de éste tipo Figura 7).

Figura 7. Trastornos psiquiátricos asociados en pacientes con Cefalea por sobre abuso de medicamentos.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

10.2 CARACTERIZACIÓN DE LA CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS

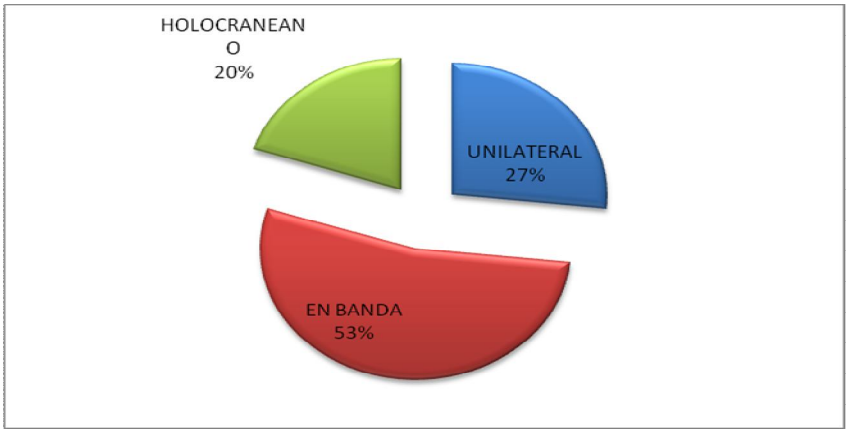
Tabla 7. Antecedentes familiares de cefalea.

	FRECUENCIA	%(n=15)	PARENTESCO	FRECUENCIA	%(n=15)
SI	12	80	PADRE	2	16.7
			MADRE	6	50
			HERMANOS	4	33.3
NO	3	20			
TOTAL	15	100			

Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos

En la tabla 7 Se puede observar en lo referente, a antecedentes familiares de cefalea, que en los miembros de la familia del encuestado, se presenta un 80% de algún familiar que padece cefalea, en su mayoría es la madre (50%), seguido de hermanos (33,3%) y padres (16,7%). Tres pacientes comentaron que ninguno de sus familiares presentaba igual sintomatología.

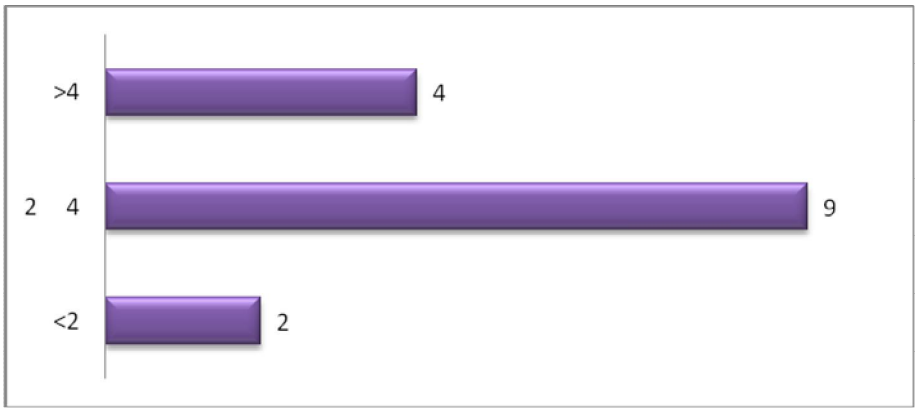
Figura 8. Localización de la cefalea



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

Con respecto a la localización de la cefalea, en 8 pacientes era en banda en 53% de los casos unilateral se presentaron 4 pacientes, es decir, 27% de la población y en una minoría de localización holocraneana (20%).

Figura 9. Tiempo de evolución de la cefalea por sobre Abuso de Medicamentos.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por sobre abuso de medicamentos

En cuanto al tiempo de evolución que de su cefalea, el 60 % (9 pacientes) refiere presentar un cuadro de entre 2 a 4 años evolución, 27% (4 pacientes) cuadros de más de 4 años de evolución, 2 (13%) pacientes poseen una evolución de sus síntomas de menos de dos años.

Tabla 8. Factores que desencadenan la cefalea por sobre Abuso de Medicamentos.

	FRECUENCIA	%(n=15)
ESTRÉS	12	80%
ALIMENTACION	2	13%
NO TIENE RELACION APARECE ESPONTANEAMENTE	1	7%
TOTAL	15	100%

Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por sobre abuso de medicamentos.

Según refieren los pacientes encuestados, atribuyen la aparición de la cefalea al estrés de la rutina diaria (80% correspondiente a 12 personas), un 13% comenta que se ocasiona principalmente al consumo de algunos alimentos, y solo un paciente refirió que no tenía relación con ningún factor y que ésta aparecía espontáneamente

10.3 CARACTERIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS

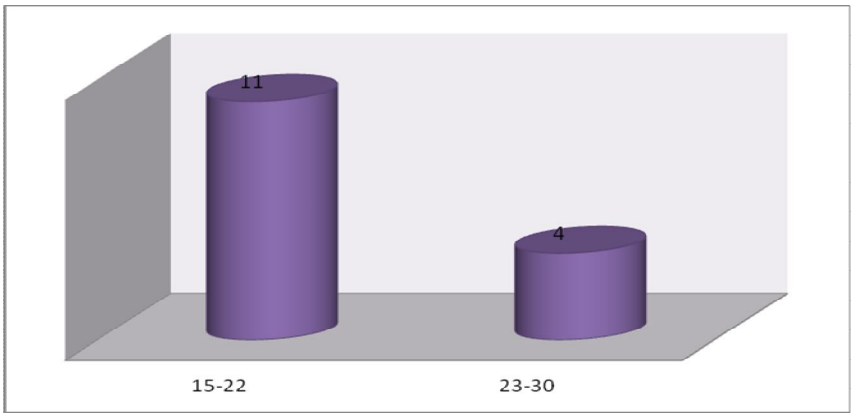
Tabla 9. Tipos de medicamentos que se consumen con mayor periodicidad.

MEDICAMENTOS	PORCENTAJE	MEDICAMENTOS	PORCENTAJE
AINES		ACETAMINOFEN	54.5
	73.4	IBUPROFENO	36.4
		NAPROXENO	9.1
ERGOTAMINA	20		
OPIODES	6.6		
TOTAL			

Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por Sobre Abuso de Medicamentos.

La mayoría de los pacientes que presentan cefalea por sobreuso de medicamentos, consume AINES (11 personas correspondiente al 73,4%) entre estos se destacan el acetaminofen con un 54,4 %, seguido de Ibuprofeno y Naproxeno; 3 pacientes consumen Ergotamina (20%), y un solo paciente se trata con opioides (6,6%).el 74% de pacientes consumen medicamentos para tratar su cefalea de 15 a 22 días por mes, 26% entre 23 a 30 días por mes.

Figura 10. Frecuencia del consumo del medicamento.



Fuente: Base de datos pacientes con Cefalea por sobre abuso de medicamentos.

Con respecto al el aumento de la severidad se encontró que 13 de los 15 individuos que clasifican en sospecha de cefalea por sobre Abuso de medicamentos refieren que su patología ha empeorado con el pasar del tiempo, lo que abre la posibilidad del aumento al consumo frecuente del consumo de analgésicos.

Pero a diferencia del aumento de la severidad de dicha patología, al consumir el medicamento la mejoría solo se presenta en 40% en los pacientes, lo cual influye en la insatisfacción del paciente al consumir el medicamento. Una probable consecuencia del el consumo frecuente y la sobredosificación para calmar los síntomas.

11. DISCUSION

La prevalencia de la cefalea inducida por medicamentos en algunos estudios recientes han se reporta entre 2 y 4% entre la población general de Francia [3].

El estudio de headeache -Hunt reveló alrededor de 1% en una cohorte de Noruega. En estudios europeos reporta, hasta el 10% de los pacientes pueden presentar MOH [6].

En nuestro estudio la prevalencia se encuentra aumentada 21% (15 pacientes), en comparación de los estudios reportados, teniendo en cuenta que los pacientes abordados ya tenían de base un diagnóstico de cefalea primaria o migraña (70 pacientes), y que ya estaban referidos al servicio de neurología. De igual manera es indispensable tener en cuenta que para una valoración más adecuada se requiere de un seguimiento más prolongado de lo pacientes ya que nuestro estudio solo lo hizo por 4 meses, mientras estudios como en el headeache –Hunt (6) lo hicieron por alrededor de 5 años en diferentes centros de referencia y con un número mucho mayor de pacientes.

En relación con las variables sociodemográficas podemos encontrar similitud con lo reportado en los distintos estudios referente a la predominancia de la presentación la patología en el sexo femenino (3,5 :1) con respecto al masculino [¨14,15] en este caso se reportó una relación de 4,5 a 1, solo un estudio Noruego muestra mayor prevalencia en hombres que en mujeres {22}. Con respecto al grupo etario también se correlaciona con los estudios realizados {6,7,14,30} en los cuales la población adulta mayor de treinta años de edad corresponde a la que más prevalencia de la patología demuestra.

Entre estos factores tenemos el nivel socioeconómico, en un estudio noruego el bajo nivel socioeconómico se asoció con un mayor riesgo de desarrollar cefaleas frecuentes y de carácter crónica [7]. Y por ende aumenta la cefalea asociada a medicamentos. Nuestro medio, la mayoría de los pacientes estrato 1-2, con alto riesgo de estrés, , baja escolaridad y el mal control de los medicamentos, hacen más susceptible a esta población de padecer cefalea por sobreuso de medicamentos. Sin embargo ésta información puede estar sesgada debido a que la población que asiste al Hospital Universitario de Neiva básicamente consta de pacientes inscritos al régimen subsidiado que posee éste tipo de características.

No existe ningún estudio que plantee la correlación de la cefalea por sobre uso de medicamentos con otras patologías, en este estudio se que la mayoría de los pacientes no poseen otra morbilidad de base, y entre los que refieren tener una predominan las de tipo vascular; de igual manera algunos pacientes presentan sintomatología psiquiátrica como depresión o ansiedad, que también ha sido reportado por Limmroth et al. [16]

En cuanto a la caracterización clínica y farmacológica de la cefalea por sobreuso de medicamentos, dos estudios de gran importancia como el de Limmroth et al. [16] y el headeache –Hunt (6) comentan que el comportamiento de la cefalea en cuanto a localización y duración de la misma se relaciona con el tipo de medicamento que se consume ; En nuestro estudio se pudo evidenciar que son los Aines los medicamentos que más ocasionan la morbilidad destacándose entre ellos el acetaminofén, esto tiene explicación en el contexto de nuestro sistema de salud regido por el Plan obligatorio de salud donde éstos fármacos son los que más se suministran a los pacientes para manejar el dolor en distintas patologías, hay un porcentaje inferior de pacientes que consume ergotamina y una leve participación de los opiodes; distinto a lo mostrado en los distintos estudios multicentroriales (14,15, 16) donde la participación de los triptanes es importante, y en menor cantidad pero también presente aparecen los opiodes. En cuanto a la localización de la cefalea, ésta presenta una localización relacionada con el tipo de medicamento predominante y concuerda con lo establecido en la literatura y diferentes estudios (13,14,15,16) donde se ha determinado que la cefalea por sobreuso de aines presenta un patrón de localización bilateral o en banda lo que reporte nuestro estudio; de igual manera, la duración de la cefalea asociada al tiempo de consumo del medicamento , en la cual los estudios establecen que Curiosamente, el promedio de duración del sobreuso critico de medicamentos fue más corto para los triptanes (1,7 años), más largo para los derivados del cornezuelo (2,7 años), y aún más prolongado para los analgésicos (4,8 años). (16) es así como se encontró en nuestro estudio reporto una historia de mas de 4 años de evolución de la cefalea en conjunto con el consumo de medicamento lo cual se relaciona con la prevalencia del abuso de los AINES que ya fue descrito.

Se establece de igual manera que el componente familiar, es importante dentro de la presentación de la cefalea por sobreuso de medicamentos acorde con lo reportado por Limmroth et al. [16] Silberstein (19).

Dentro de las falencias de este tipo de estudios transversales es la imposibilidad de seguimientos clínico de los pacientes, el tiempo en que se desarrolla es corto y esto va de la mano con la poca captación de los pacientes el sesgo de

información que aparece por la información que no puede ser verificada por parte de los pacientes.

12. CONCLUSIONES

Se confirmó el diagnostico de cefalea por sobre uso de medicamentos en un porcentaje importante de la población que consulta por cefalea primaria y migraña en el Hospital Universitario de Neiva- HUN.

El perfil socio-demográfico y clínico de la población abordada corresponde a lo reportada en la literatura, pueden presentarse sesgos concernientes a la distribución por estratos socioeconómicos ya que la población que atiene el HUN corresponde en gran parte al régimen subsidiado.

Factores como el estrés y la presencia de sintomatología en familiares se encuentran presentes en los pacientes con cefalea por sobre uso de medicamentos.

En pacientes con cefalea o migraña de larga data que no responde a tratamiento se debe sospechar cefalea por sobre uso de medicamentos.

Los principales fármacos implicados en la etiología, corresponde a los AINES, los cuales son los medicamentos más suministrados para el alivio del dolor dentro del Plan Obligatorio de salud.

13. RECOMENDACIONES

La cefalea por sobre uso de medicamentos, es una entidad común pero poco diagnosticada dentro de las consultas a medicina general e incluso en los servicios de neurología ; debido al desconocimiento tanto de su etiología, como de sus criterios diagnósticos; y por tal razón los pacientes que padecen dicha patología generalmente son abordados de manera errónea y suministrándoles dosis mayores de los medicamentos que por efecto rebote aumentan la sintomatología, debido a esto es necesario que se capacite y recuerde al personal médico y a los especialistas que atiende pacientes con historia de cefaleas primarias o migraña de larga data que no responde al tratamiento sobre la cefalea por sobre uso de medicamentos.

De igual manera es importante hacer énfasis a los pacientes en evitar el consumo de medicamentos sin prescripción médica, ya que una de las principales causas de ésta enfermedad es el acceso libre y frecuente por parte de los pacientes a éstos medicamentos que circulan en gran cantidad en el mercado y que son proporcionados como soluciones efectivas para aliviar la sintomatología.
Se deben hacer recomendaciones a los entes reguladores de la circulación de los diferentes fármacos como aines, triptanes y opioides y sobre las advertencias que se deben hacer a los consumidores de dichos medicamentos sobre el desarrollo patología cuando se abusa de las dosis y el tiempo de uso de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl. 7):1–96.

2. OLESEN J, BOUSSER M-G, DIENER HC, *et al*., for the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl. 1):1–160.

3. LANTERI-MINET M, AURAY JP, EL HASNAOUI A. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population of France. Pain 2003; 102:143–149.

4. CASTILLO J, MUNOZ P, GUITERA V, PASCUAL J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache 1999; 39:190–196.

5. CELENTANO DD, STEWART WF, LIPTON RB, *et al*. Medication use and disability among migraineurs: a national probability sample. Headache 1992; 32:223–228.

6. DOWSON AJ. Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. Headache 2003; 43:14–18.

7. HAGEN K, VATTEN L, STOVNER LJ, *et al*. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22 718 adults in Norway. Cephalalgia 2002; 22:672–679.

8. WANG SJ, FUH JL, LU SR, *et al.* Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up. Neurology 2000; 54:314– 319.

9. LU SR, FUH JL, CHEN WT*, et al.* Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow up and outcome predictors. Cephalalgia 2001; 21:980–986.

10. HERSHEY AD. Chronic daily headaches in children. Expert Opin Pharmacother 2003; 4:485–491.

11. HERING-HANIT R, COHEN A, HOREV Z. Successful withdrawal from analgesic abuse in a group of youngsters with chronic daily headache. J Child Neurol 2001; 16:448–449.

12. SCHWARZ A, FARBER U, GLAESKE G, *et al*. Daten zu Analgetikakonsum und Analgetikanephropathie in der Bundesrepublik [in German]. Oeffentiches Gesundheitswesen 1985; 47:298–300.

13. GUTZWILLER F, ZEMP E. Der Analgetikakonsum in der Bevo¨ lkerung und socioo¨ konomische Aspekte des Analgetikaabusus [in German]. In: Mihatsch MJ, editor. Das Analgetikasyndrom. Stuttgart: Thieme; 1986. pp. 197–205.

14. EGGEN AE. The Tromsø study: frequency and predicting factors of analgesic drug use in a free living population (12–56 years). J Clin Epidemiol 1993; 46:1297–1304.

15. ZWART JA, DYB G, HAGEN K, *et al.* Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache: the Head-HUNT Study. Neurology 2003; 61:160–164.

16. WILLIAMS D, CAHILL T, DOWSON A, *et al*. Usage of triptans among migraine patients: an audit in nine GP practices. Curr Med Res Opin 2002; 18:1–9.

17. GAIST D, ANDERSEN M, AARUP AL, *et al*. Use of sumatriptan in Denmark in 1994–5: an epidemiological analysis of nationwide prescription data. Br J Clin Pharmacol 1997; 43:429–433.

18. GAIST D, TSIROPOULUS I, SINDRUP SH, *et al*. Inappropriate use of sumatriptan: population based register and interview study. BMJ 1998; 316:1352–1353. 10 Gaist D, Hallas J, Sindrup SH, Gram LF. Is overuse of sumatriptan a problem? A population-based study. Eur J Clin Pharmacol 1996; 50:161–165.

19. KATSARAVA Z, SCHNEEWEISS S, KURTH T, *et al*. Incidence and predictors for de novo chronification of headache in patients with episodic migraine. Neurology 2004; 62:788–791.

20. SYMON DN. Twelve cases of analgesic headache. Arch Dis Child 1998;78:555–556.

21. DIENER HC, DAHLO¨ F CGH. Headache associated with chronic use of substances. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. pp. 871–878.

22. KAUBE H, MAY A, DIENER HC, Pfaffenrath V. Sumatriptan misuse in daily chronic headache. BMJ 1994; 308:1573–1574.

23. LIMMROTH V, KATSARAVA Z, FRITSCHE G, DIENER H-C. Headache after frequent use of new 5-HT agonists zolmitriptan and naratriptan. Lancet 1999; 353:378–379.

24. LIMMROTH V, KATSARAVA Z, FRITSCHE G, *et al*. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. Neurology 2002; 59:1011–1014.

25. BAHRA A, WALSH M, MENON S, GOADSBY PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular analgesic use? Headache 2003; 43:179–190.

26. RUEDI P, RENNER V, FRUNS M, PEDRAZA L. Migraña en el siglo XXI. Departamento de Neurología. Noviembre, 2008, Vol. 19, p. 490-494.

27. Ibid, p. 493.

28. SÁNCHEZ E, GONZÁLEZ C, APARICIO J, EZQUERRA G. Cefalea por abuso de analgésicos y fármacos antimigrañosos. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria Área 6. Junio 2004, Vol. 17, p. 46.

29. GARMILLA N, GÓMEZ J, CHACARTEGUI R. Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos. Cefalea crónica diaria. 10 de agosto de 2009, REV CLÍN MED FAM; 2 (8): 400-443.

30. Ibid, p. 401

31. FEINSTEIN AR, HEINEMANN LA, DALESSIO D, *et al*. Do caffeine-containing analgesics promote dependence? A review and evaluation. Clin Pharmacol Ther 2000; 68:457–467.

32. KATSARAVA Z, FRITSCHE G, MUESSIG M, *et al*. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. Neurology 2001; 57:1694–1698.

33. SAUCIER C, MORRIS SJ, ALBERT PR. Endogenous serotonin-2A and -2C receptors in Balb/c-3T3 cells revealed in serotonin-free medium: desensitization and down-regulation by serotonin. Biochem Pharmacol 1998; 56:1347– 1357.

34. BARRIENTOS URIBE, Nelson. “Cefalea de Rebote por Abuso de Medicamentos” internet: (http://www.google.com.co/#q=cefalea+por+abuso+de+medicamentos&hl=es&ei=q7rzTJnJIoGC8gbgsfiTDA&start=60&sa=N&fp=8b164f715c7d87

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.

CARACTERIZACION FARMACOLÓGICA Y CLÍNICA DE LA CEFALEA POR SOBRE ABUSO DE MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON CEFALEA PRIMARIA Y MIGRAÑA QUE CONSULTAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA, ENTRE EL MES DE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2011

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características farmacológicas y clínicas de las cefalea por sobre abuso de medicamentos en los pacientes con cefalea vascular y migraña que consultan al Hospital Universitario de Neiva, desde Agosto a Noviembre de 2011.

1. Sexo: M__ F___ 2. Edad: _____ 3. Estrato: ___

4. Sufre de: depresión ___ansiedad ___ ninguno de los anteriores____

5. Sufre usted alguna otra patología:
Cardiovascular____ respiratoria ____ digestiva_____ o
otras_____ ¿cuáles?_____

6. ¿En su familia alguien sufre de de cefalea?si: ___no: ___
¿Qué parentesco tienen?_____

7. ¿Cuándo se le diagnostico cefalea? (Dolor de cabeza)
_____ años

8. ¿Qué factor piensa usted le ocasiona la aparición de la cefalea .?
Alimentos___ estrés____ no tiene relación con ningún factor, aparece espontáneamente___
Otro____
Cual._____

9. Según la locación del dolor de cabeza este es:

Unilateral: (un solo lado) _____ en banda_____
Holocraneano (en toda la cabeza) _____

10. Cuando sufre de dolor de cabeza, este tiene una duración de:

Horas: _____ cuantas ____ Días: _____ cuantos____

11. ¿Qué medicamentos consume para el manejo del dolor de cabeza:
Aines:

Acetaminofén ____ Ibuprofeno ____ Naproxeno____

Triplanos (ergotamina) ____ Opioides (tramadol) ____

12. ¿Cuántas veces en el mes los consume? _____

13.¿ En qué dosis consume el medicamento? ._____

14. ¿Cual medicamento considera Usted que tiene más utilidad en el manejo del dolor de cabeza?
_____

15. ¿Considera que la cefalea ha empeorado, y que ha aumentado el tiempo duración de la misma?
Si___ No___

16. ¿Cuando consume medicamentos calma el dolor?: si: ___ no: ____

CUESTIONARIO POLICLÍNICO ACONSEJADO POR EL DR ALAN RAPPOPORT PARA SOSPECHAR CEFALEA POR ABUSO DE MEDICAMENTOS

1. - ¿Ha ingerido tabletas en eventos sociales, laborales o porque está ansioso antes que los síntomas de la migraña se hayan iniciado?

Si___ No___

2. - ¿Ha tomado una tableta antimigrañosa “por si acaso”?

Si___ No___

3. - ¿Ingiere medicamentos para tratamiento agudo de la cefalea más de 3 veces por semana?

Si ___ No___

4. - Además de la prescripción médica ¿A menudo ingiere medicamentos por su cuenta?

Si _____ No, ___

Firma responsable