



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENSO INTERNACIONAL DE OPCIONES TERAPÉUTICAS EN
CEFALEA TENSIONAL

FORTES LOPES ZENAIDA
MÉDICA

MACHALA
2018



UTMACH

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONSENSO INTERNACIONAL DE OPCIONES TERAPÉUTICAS
EN CEFALEA TENSIONAL**

**FORTES LOPES ZENAIDA
MÉDICA**

**MACHALA
2018**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CONSENSO INTERNACIONAL DE OPCIONES TERAPÉUTICAS EN CEFALEA
TENSIONAL

FORTES LOPES ZENAIDA
MÉDICA

PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN

MACHALA, 10 DE JULIO DE 2018

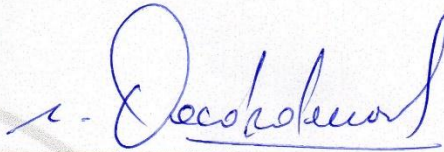
MACHALA
10 de julio de 2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Consenso internacional de opciones terapéuticas en cefalea tensional, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN
0910322510
TUTOR - ESPECIALISTA 1



CARDENAS LOPEZ OSWALDO EFRAIN
1801392489
ESPECIALISTA 2



OJEDA CRESPO ALEXANDER OSWALDO
0700915085
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 09 de julio de 2018 - 20:15

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Documento a analizar de la cefalea tensional.docx (D40285038)
Submitted: 6/20/2018 10:19:00 PM
Submitted By: zfortes_est@utmachala.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

nuceanu_TFG_1718.docx (D34961147)
Celina Villavicencio Delgado noveno ciclo C .docx (D28495139)
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/3-TensionType_Spanish.pdf
<http://www.sentirypensar.com.ar/nota420.html>
http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/guia_cefaleas.pdf
<http://www.sientetebien.es/cefalea-tensional-y-en-racimo/>

Instances where selected sources appear:

11

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, FORTES LOPES ZENAIDA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Consenso internacional de opciones terapéuticas en cefalea tensional, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 10 de julio de 2018



FORTES LOPES ZENAIDA
J427608

RESUMEN

La Cefalea tensional es la cefalea primaria más habitual que constituye un problema de salud pública, principalmente en la atención primaria de la salud. Presenta una alta prevalencia, una gran repercusión en la calidad de vida de las personas y un grado de discapacidad que se traduce en el costo socioeconómico. Se presente en ambos sexos pero es comúnmente más frecuente en las mujeres. Está caracterizado por un dolor opresivo bilateral de leve a moderada intensidad, tiene un carácter episódico - crónico, no se acompaña de náuseas, ni vómito, ni fotofobia, ni zumbido, no se modifica con la actividad física y se asocia con algún tipo de tensión mental o muscular.

Objetivo: El Presente trabajo busca las opciones terapéuticas para determinar información unificada respecto al tratamiento. **Materiales y métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en base de datos como guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología, revista mexicana de neurociencia, guías GPC, Science Direct, Cochrane, y III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Se han considerado los criterios de los últimos 5 años relacionados con la cefalea tensional. **Conclusiones:** Dentro del consenso internacional de opciones terapéuticas existe una variedad de tratamientos destinados a prevenir y tratar la cefalea tensional.

Palabras clave: Cefalea, salud pública, atención primaria, calidad de vida, opciones terapéuticas.

ABSTRACT

Tension Headache is the most common primary headache that constitutes a public health problem, mainly in primary health care. It presents a high prevalence, a great impact on the quality of life of people and a degree of disability that translates in to socioeconomic cost. It is present in both sexes but it is commonly more frequent in women. It is characterized by bilateral oppressive pain of mild to moderate intensity, has an episodic - chronic character, is not accompanied by nausea, vomiting, photophobia, or buzzing, is not modified by physical activity and is associated with some type of tension mental or muscular

Objective: The present work seeks therapeutic options to determine unified information regarding treatment. **Materials and methods:** A systematic database search was carried out as diagnostic and therapeutic guidelines of the Spanish Society of Neurology, Mexican neuroscience journal, GPC guidelines, Scient Direct, Cochrane, and III Edition of the International Classification of Headache. The criteria of the last 5 years related to tension-type headache have been considered. **Conclusions:** Within the international consensus of therapeutic options there is a variety of treatments aimed at preventing and treating tension headache.

Key words: Headache, public health, primary care, quality of life, therapeutic options.

ÍNDICE

	Pag
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	4-5
DESARROLLO	6-7
Epidemiología	7-8
Clasificación	8-9
Factores Riesgos	9
Manifestaciones clínicas	9
Fisiopatología	10
Aspectos clínicos	11
Pruebas complementarias	11
Tratamiento no farmacológico	11-12-13
Tratamiento Farmacológico preventivo	13-14
Tratamiento farmacológico	15-16
Pronóstico	16
CONCLUSIÓN	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18-19
ANEXOS	20-21-22-23-24

INTRODUCCIÓN

La cefalea tensional constituye un problema importante de salud pública pues suele deteriorar seriamente el funcionamiento individual, lo que ocasiona problemas como irritabilidad, dificultad para poner atención y concentrarse además de trastornos del dormir. La evaluación de esta condición puede ser directa o desafiante, y aunque a menudo benigno, el dolor de cabeza puede ser un síntoma siniestro.(1)(2)

En Base a un estudio multicéntrico europeo reciente se puede establecer una prevalencia de cefalea tipo tensión del 62% en población general, aunque con grandes variaciones; 3,3% en el caso de su forma crónica. El pico de prevalencia se sitúa entre los 30 y 39 años, tanto en hombres (42,3%) como en mujeres (46,9%); a partir de ahí, la frecuencia desciende con la edad.(3)

Es una Cefalea caracterizada por ser difusa, en banda, de carácter sordo y opresivo de intensidad leve a moderada que puede durar minutos a días, no empeora con actividad física, no está asociado a náuseas, pero puede presentarse hiperestesia en cuero cabelludo, con ftofobia y fonofobia, tiene una prevalencia entre 30 y 78%, teniendo alto impacto socioeconómico (Olesen 2013).(4)

Esta patología no impide ni se agrava con la actividad física, pero puede generar más días de trabajo perdido. Se asocia con una historia familiar de comorbilidad psiquiátrica. Al inicio de la enfermedad varios pacientes son clasificados inapropiadamente, por eso hay fracasos en el tratamiento y a su vez abuso de analgésicos.

El atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre dolores de cabeza indica que, a nivel mundial, entre el 50% y el 75% de la población adulta entre 18 y 65 años sufre algún tipo de dolor de cabeza por año. Con respecto a su frecuencia, entre un 1,7% y un 4% de la población adulta tiene dolores de cabeza, al menos, cada 15 días al mes. Aunque existen variaciones territoriales, las cefaleas son un problema mundial que atañe a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas(OMS).(5)

La cefalea tensional es un problema de salud incapacitante y preocupante no solo para las instituciones de salud si no para la familia y la sociedad, ya que el estrés es un factor que lo precipita. Es muy importante la anamnesis y el examen físico que comienzan en el mismo instante que el paciente asiste a la consulta.

Mientras este tipo de cefalea fue considerado fundamentalmente psicogénico, aparecieron varios estudios después de que se publicara la primera edición de la clasificación internacional de las cefaleas, que sugerían con firmeza la posibilidad de una base neurobiológica, al menos para los subtipos más severos de la cefalea tensional.(6)

En Europa, según revisiones sistemáticas de Stovner et al., del 2010, la prevalencia de la Cefalea Tensional es del 62,6%. Si nos referimos a su incidencia, los resultados reflejan que se sitúa aproximadamente en 14,2/1.000 personas al año. En España, el 70% de la población presenta Cefalea Tensional. Conviene destacar que en los últimos años la Cefalea Tensional es un problema relevante entre los jóvenes, en los que la frecuencia de los dolores de cabeza está aumentando.(7)

La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica y de medicina general, tanto en servicios de urgencias como atención ambulatoria por lo cual, todo médico debería saber enfrentarla, en cuanto a un manejo inicial adecuado o su derivación oportuna.(8)

El objetivo de este trabajo es identificar, evaluar de forma crítica y reunir las principales evidencias actuales disponibles sobre los tratamientos en pacientes diagnosticados con cefalea tensional, mediante un consenso internacional de opciones terapéuticas. Así, se pretende encontrar los beneficios de tal abordaje y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que la padecen, mediante los criterios y evidencia científica más actual hasta la fecha.

Es importante precisar las características clínicas epidemiológicas de nuestra población, para establecer protocolos, adaptándose a las necesidades de atención de cada clase poblacional.

DESARROLLO

La cefalea tensional se caracteriza por: presión tipo cinta bilateral; va creciendo lentamente; es fluctuante; puede durar varios días; tiene un carácter episódico-crónico puede durar más de 15 días al mes; no se presentan náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, osmofobia y empeoramiento con el movimiento.(9)

Es la cefalea primaria que es considerada como más frecuente, se trata de uno de los tipos de cefalea más desconocidos, incapacitante y más difíciles de diagnosticar. Los elementos del dolor habituales son de localización bilateral, no punzante, intensidad leve o moderada y falta de agravamiento por la actividad física.

Por ser un padecimiento frecuente, representa un problema significativo para salud pública, tanto por el elevado gasto sanitario, además un costo financiero para la sociedad, debido al ausentismo laboral, y un impacto en la calidad de vida de los pacientes, y en el entorno familiar aparece los trastornos psicológicos, causado por una baja autoestima .

Según la guía de diagnóstico y tratamiento de las cefaleas tensionales, pone a disposición del primer y segundo nivel de atención recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Ø Unificar criterios de cefalea tensional en el primer y segundo nivel de atención,
- Ø Utilizar Herramientas diagnósticas para cefalea en primer y segundo nivel atención,
- Ø Ofrecer tratamiento profilácticos a pacientes adultos con cefalea tensional.
- Ø De este modo Implementar un tratamiento adecuado utilizando los recursos disponibles a pacientes con cefalea tensional en el primer y segundo nivel de atención.

Lo anterior Favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.(10)

La cefalea tensional es una cefalea primaria que conforman la mayoría de las consultas médicas por dolor de cabeza, entre sus características se presentan: ausencia de enfermedades

o condiciones anómalas que expliquen la cefalea, el dolor de cabeza es frecuente y su duración variable, hasta cierto punto las características de cada evento es uniforme, dentro de las cefaleas primarias, las más frecuentes son migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos. La cefalea tensional es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que varía entre el 30 y 78%, y con un gran impacto socioeconómico.(6)(11)

En comparación con las cefaleas secundarias se caracterizan por la presencia de un desorden exógeno que ocasiona la cefalea. Entre sus causas más frecuentes se encuentran: una infección sistémica, hemorragia subaracnoidea, tumor cerebral, desórdenes vasculares, traumatismos, cefalea por abuso de medicación o también de sustancias activas.(11)

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, la Cefalea Tensional suponen conjuntamente uno de los 10 problemas de salud más discapacitantes para ambos sexos, y entre los 5 primeros cuando sólo se valoran las mujeres. En los estudios poblacionales epidemiológica se estima que en el último año, hasta 60-80% de la población ha tenido un episodio de cefalea tensional. La prevalencia global de las cefaleas a lo largo de la vida es del 66% de la población, de la migraña del 14%, de la Cefalea tensional del 46% y de la cefalea crónica del 3,4%.(12)

La cefalea tensional es la primaria más común dolor de cabeza, con una prevalencia de por vida de entre el 30% y 78%. Los valores de prevalencia varían según la población, edad y sexo. Algunas variaciones también pueden ser explicadas por definiciones de casos y métodos de muestreo. A través estudio de población encontró la prevalencia de 1 año de ETTH ser 63%, con 71% de mujeres y 56% de hombres afectado. La prevalencia de CTTH a 1 año fue del 2% (5% en mujeres, 2% en hombres). Una encuesta del general población en los Estados Unidos estableció una anual prevalencia del 38,3% para la cefalea tensional episódica y 2.2% para la cefalea tensional crónica.(12)

Agrupado resultados de cinco estudios basados en la población determinaron una prevalencia promedio de por vida de cefalea tensional episódica del 46% (rango 12-78%), mientras que la

población prevalencia de cefalea tensional crónica en las poblaciones es bastante constante en 23%.(13)

En México la cefalea tensional crónica del grupo conocido como cefaleas crónicas diarias (CCD), condiciones que se han convertido en importantes causas de incapacidad y ausencias laborales con una pérdida promedio de 7,3 horas de trabajo remunerado y 7,5 horas de trabajo no remunerado, lo que representaría una pérdida total de un día laboral activo por mes.(11)

En Ecuador no existe una estadística clara sobre la incidencia de los pacientes que acuden al servicio de emergencias por cefalea tensional.

En África subsahariana según documento refiere que es probable que tengan una carga similar de problemas de salud relacionados con el dolor de cabeza, estudios realizados en Zambia, relata que los trastornos de cefalea primaria no son menos comunes en Zambia que en el resto del mundo, donde se encuentran entre las 10 principales causas de discapacidad. Existe un gran problema de dolor de cabeza en ≥ 15 días - mes. Se aplicó corrección estadística, ajustado por sexo y habilitación (urbano - rural), la prevalencia a 1 año de cualquier dolor de cabeza fue 61.6%, pero la cefalea tensional atinge (TTH) 22.8%. (14)

Clasificación de la cefalea tensional según el Comité Internacional de Cefaleas.

Se Clasifica en:

Cefalea tensional episódica: cefalea de localización bilateral, con dolor opresivo, de intensidad leve a moderada y con una duración de 30 minutos a 7 días. No empeora con la actividad física ni se encuentra asociada a náuseas o vómito, aunque puede presentar fotofobia o fonofobia leve.(11)

Puede ser:

- o **Frecuente:** al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en 1-14 días al mes, en promedio durante más de 3 meses (≥ 12 y < 180 días al año).
- o **Infrecuente:** al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en menos de 1 día al mes, en promedio < 12 días al año.(6)(11)

Cefalea tensional crónica: evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente, con episodios diarios y que pueden durar desde minutos a días o incluso no tener remisión, con una duración de más de 3 meses, este dolor no empeora con la actividad física, pero podría asociarse a náuseas leves, fotofobia o fonofobia. La III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas refiere que Cefalea tensional crónica es un proceso que ha de ser considerado muy seriamente, ya que ocasiona una enorme pérdida de la calidad de vida y una gran incapacidad.(6)(11)

Cefalea tensional probable: Se caracteriza por crisis de cefalea tensional que carecen de una de las características exigida para cumplir todos los criterios de uno de los subtipos de cefalea tensional clasificados anteriormente, y no cumple los criterios de ninguna otra cefalea.(6)

Factores de Riesgo de la cefalea tensional

Según un estudio colombiano publicado sobre cefalea tensional, refiere la Mala autopercepción de la salud, incapacidad para relajarse después del trabajo y pocas horas de sueño en la noche (Jensen & Stovner), Es evidente que el estrés psicológico y la tensión mental son desencadenantes de la cefalea tensional (Ashina, Bendtsen, & Ashina).(15)

La percepción de estrés y su afectación frente a molestias cotidianas, es mayor en individuos con cefaleas crónicas diaria, y los enfermos con TTH recurrentes sienten que tienen mayor número de molestias cotidianas que los angustian(Moraska & Chandler), otros factores son la ansiedad, frustración, alteraciones hormonales, trastornos de sueño(Espí-López, Colorado Lluich, & Vicente Herrero, 2013).(15)

Manifestaciones clínicas

La cefalea tensional se tipifica por presentarse con una frecuencia que oscila entre 1 y 14 días al mes, su duración va desde minutos hasta días, es de localización bilateral, es un dolor de tipo opresivo no pulsátil, de mediana intensidad, y que habitualmente no empeora con la actividad física, no se presentan náuseas, vómitos, fotofobia, osmofobia y empeoramiento con los movimiento a diferencia de la migraña.(1)(9)

Robert G. Kaniecki aporta que no hay Pródromo o Postdrome Craneal características autonómicas como inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, o rinorrea no se observan. Todas de estos elementos tienden a excluir a otros los trastornos de dolor de cabeza como la migraña y las trigéminas cefalalgias autonómicas. No hay aura definible o síntomas

neurológicos. Sensibilidades a la luz, al ruido o el olor es típicamente ausente o menor. Náuseas pueden ser presentes en el subtipo crónico, pero el vómito nunca ha visto.(13)

Fisiopatología

Todavía en la actualidad se sigue investigando sobre la etiología y la fisiopatología de la cefalea tensional. Entre los factores precipitantes de esta patología se deben destacar un estrés psicosocial y /o una sobrecarga muscular debido a una postura activa no fisiológica. En relación con el factor muscular, se ha evidenciado que el síntoma más constante es un incremento de la sensibilidad dolorosa vinculada a un aumento de la tensión muscular cefálica y cervical.(3)(7)

Según Autores como Fernández de las Peñas y Bendtsen, han señalado que el dolor prolongado de puntos de gatillo miofasciales activos, en regiones de cabeza y cuello, provocan la liberación de varias sustancias algógenas, que sensibilizan los nociceptores periféricos y originan el dolor reflejo a la cabeza.(3)(7)

Hay factores que promueven y empeoran la actividad de los puntos gatillo miofasciales, como posturas inadecuadas mantenidas, que pueden favorecer una disfunción de la musculatura del cuello, reduciendo la movilidad del mismo y sobrecargando los segmentos vertebrales. En la cefalea también pueden estar alterados los mecanismos centrales de control del dolor, que ocasiona una disminución del umbral de percepción del mismo, fenómeno que puede vincularse con una cronicidad del trastorno.(7)

De acuerdo a las palabras descritas del autor, considero que la cefalea tensional se origina debido a combinación de disfunciones miofasciales y un desequilibrio nociceptivo central. Desde el punto de vista, investigativo, se ha observado un aumento de padecer cefalea tipo tensión crónica en familiares de primer grado y una gran concordancia entre gemelos monocigotos en la cefalea de tipo tensión episódica frecuente.(3)

Dentro de los factores ambientales, los psicológicos parecen tener un papel importante, el estrés y la tensión mental son unos de los factores desencadenantes más frecuente de la

cefalea tipo tensión, pudiera afectar a cualquier persona. La ansiedad y la depresión se asocia con frecuencia a la cefalea tipo tensión crónica, ya sea como causa o consecuencia del dolor crónico. Aspectos como el aumento de la masa corporal y los niveles de adiponectina y la alteración del sueño podrían desempeñar un papel importante en la cronificación de la cefalea tipo tensión.(3)

Aspectos clínicos

Anamnesis

La cefalea tipo tensión es una cefalea primaria y su diagnóstico requiere descartar cualquier otra enfermedad que pueda causar dolor de cabeza, por tanto, siempre se debe realizar una exploración general y neurológica minuciosa en busca de signos que puedan indicar la existencia de una cefalea secundaria (por ejemplo, hipersensibilidad de la arteria temporal, edema o un déficit neurológica focal).(3)

Los Hallazgos exploratorios que más han relacionado con la cefalea tipo tensión son la hipersensibilidad pericraneal o presencia de puntos hipersensibles (tender points) y la presencia de puntos gatillo miofasciales (trigger points). En todo paciente con cefalea debemos registrar los datos demográficos, los antecedentes médicos y familiares, la localización del dolor, el carácter e intensidad del dolor, los posibles síntomas acompañantes, el inicio y el curso temporal de la cefalea, los factores que agravan o alivian el dolor y los fármacos empleados.(3)

Pruebas Complementarias

El Diagnóstico de la cefalea tipo tensión se fundamenta en criterios clínicos y en los datos de una exploración neurológica completa. En la mayoría de los casos de cefalea crónica, el examen físico y neurológico es normal, por lo que no es recomendable el uso rutinario de estudios de imagen. Las pruebas complementarias estarían indicadas en casos concretos cuyos rasgos clínicos obliguen a descartar una cefalea secundaria.(3)

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

En todos los pacientes debe valorarse el empleo de terapias no farmacológicas, si bien las evidencias científicas sobre la eficacia de algunos de estos tratamientos son, por el momento

limitadas. La comunicación con el paciente es fundamental. El mero hecho de escucharle y practicarle una exploración puede tener por sí mismo un efecto terapéutico, sobre todo si el paciente está preocupado ante la posibilidad de padecer de una enfermedad grave.(3)

Es importante mostrar interés por sus molestias e inquietudes, pero también lo es hacerse comprender la naturaleza benigna de su enfermedad, explicarle los mecanismos de producción de la cefalea y buscar sus desencadenantes.(3)

El ejercicio físico también puede tener valor terapéutico en la cefalea tensional (nivel de evidencia I grado de recomendación A). En una revisión sistemática reciente, los autores encontraron un grado de evidencia fuerte para los ejercicios terapéuticos enfocados a la reeducación y reentrenamiento adecuado y una buena colaboración por parte del paciente, los efectos de los ejercicios no son inmediatos.(3)

Las técnicas de biorretroalimentación con electromiografía (EMG biofeedback) son eficaces en la cefalea tensión (nivel evidencia I, grado de recomendación A), con esta técnica el paciente aprende a controlar su grado de tensión muscular gracias a la información que recibe de la actividad del músculo o grupo de músculos.(3)

Un metaanálisis que incluyó un total de 53 estudios demostró la eficacia del biofeedback en el manejo de la cefalea tipo tensión. El tamaño del efecto fue moderado-alto, y los resultados se mantuvieron en el seguimiento a largo plazo. La frecuencia de los episodios de cefalea fue el parámetro que experimentó niveles más altos de mejoría.(3)

Algunos estudios indican que la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de relajación también podrían ser útiles en la cefalea tipo tensión (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). Sin embargo, el autor refiere que no disponen de evidencias suficientes que demuestren su eficacia de forma definitiva. Otro autor relata que en el tratamiento conductual la mejoría es tardía pero duradera. La combinación con Amitriptilina o nortriptilina aumentan su eficacia.(3)

Existen evidencias de que los pacientes con cefalea tipo tensión pueden beneficiarse de la fisioterapia manual (nivel de evidencia I, grado de recomendación A).(3)

En una revisión sistemática en el tratamiento fisioterapéutico basado en Terapia Manual logra efectos positivos sobre la intensidad y la frecuencia del dolor, la discapacidad, el impacto, la calidad de vida y el rango de movimiento cráneo cervical en adultos con Cefalea Tensional. Aunque los resultados reflejan una mejoría clínica, no dejan claro que haya una superioridad evidente de una técnica sobre otra, siendo la combinación de estas el tratamiento más efectivo. (16)

Dado que en la génesis de la cefalea tipo tensión se ha implicado la presencia de puntos de gatillos miofasciales, las técnicas de tejidos blandos, como los masajes o estiramientos, parecen resultar más apropiadas que las movilizaciones o manipulaciones articulares. Existen indicios de que la inactivación de puntos gatillo miofasciales por medios invasivos podría mejorar a los pacientes con cefalea tipo tensión (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). (3)

El tratamiento de los puntos de gatillos se pueden utilizar la punción seca, mediante la infiltración de anestésicos locales, esa técnica es propia del tratamiento de los puntos de gatillo miofasciales, esos se inactiva los puntos de gatillo de los músculos que provocan dolor referido en la cabeza, pero se requieren nuevos estudios bien diseñados para confirmar esos resultados.(3)

La acupuntura podría ser una opción terapéutica válida para los pacientes con cefalea tipo tensión frecuente o crónica, pero los estudios que se han publicado ofrecen resultados confusos (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).(3)

En una revisión sistemática que incluyó 31 estudios sobre acupuntura en cefaleas crónicas, los grupos tratados con acupuntura obtuvieron mayores tasas de respuesta que los que se trataron con procedimientos fingidos. Sin embargo, solo diez de los estudios se centraron en la cefalea tipo tensión, y algunos adolecían de importantes defectos metodológicos. Un análisis Cochrane también mostró un directo beneficio de la acupuntura para la cefalea tipo tensión en comparación con el placebo.(3)

Tratamiento preventivo farmacológico de la cefalea tipo tensión

Los fármacos de primera elección como tratamiento preventivo de la cefalea tipo tensión tanto episódica como crónica son los antidepresivos tricíclicos (ADT), el efecto analgésico de los ADT se produce en ausencia de depresión y que las dosis eficaces para el control del dolor son menores que las para tratar la depresión.(3)

El ADT más frecuente es la amitriptilina, que se ha demostrado su efectividad en al menos seis ensayos frente al placebo, reduciendo la cefalea en torno a un 30% (nivel evidencia I, grado de recomendación A).(3)

Se recomienda empleo por un periodo de 6 meses, comenzando con una dosis baja nocturna debido a su efecto sedante (10-25 mg por semana), hasta alcanzar una dosis recomendable de 25-75mg/día. Su efecto beneficioso suele comenzar al cabo de 2 semanas y es máximo a las 2-3 semanas.(3)

La mejoría se incrementa con el tiempo hasta 6 meses, se debe evitar su uso en pacientes con: Glaucoma, arritmias cardíacas, enfermedad hepática grave, estreñimiento hipertrofia prostática, los efectos secundarios a su actividad anticolinérgica (boca seca, visión borrosa y mareo), y suelen ser evidentes a partir de los 75 mg/día.(3)

Los Pacientes que se beneficia de la amitriptilina pero no la toleran puede optar por nortriptilina dosis de 10 mg, hasta un máximo de 100mg diarios, siendo la dosis media eficaz es 25-50mg/día, se recomienda de noche por su efecto sedante. Otros ADT (mirtazapina, maprotilina y mianserina), han mostrado efectividad en la cefalea tipo tensión (nivel de evidencia I, grado de recomendación A), dentro de este grupo la mianserina es la que menos efectos secundarios tiene y la menor riesgo cardiotoxicó en relación con su menor actividad anticolinérgica. Su dosis inicial es de 10 mg, hasta un máximo de 60-90mg, con una dosis media eficaz de 30-40 mg/día en dosis única nocturna.(3)

La Amitriptilina redujo la ingesta de analgésicos de manera más eficiente que los ISRS. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son, en general los menos eficaces. El citalopram y la sertralina han demostrado menor eficacia que los ADT en ensayos a corto plazo, actualmente no se recomiendan, deben evitarse en casos de antecedentes de

infarto miocardio y en combinación con los ADT. La venlafaxina tampoco ha demostrado ser más eficaz que el placebo o la amitriptilina en la disminución de la frecuencia de la cefalea en pacientes con cefalea tipo tensión crónica.(3)(10)

Tratamiento farmacológico

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son a primera elección en el tratamiento de los episodios de dolor en esta cefalea. Existe evidencia convincente para el uso de ibuprofeno (solo o con cafeína), ketoprofeno, naproxeno, salicilatos y paracetamol (nivel de evidencia I, grado de recomendación A), varios estudios comparativos han demostrado una eficacia superior de ibuprofeno sobre paracetamol o aspirina, y una eficacia similar a ketoprofeno o naproxeno en dosis equipotentes. La aspirina y el paracetamol tienen eficacia similar.(3)

Dosis orientativas recomendables son: ácido acetilsalicílico (1.000mg), paracetamol (1.000mg), ibuprofeno (600mg-800mg), naproxeno (1000 mg), ketoprofeno (75 mg), ketorolaco oral (20 mg) o intramuscular (60 mg), indometacina (50mg). Es preferible la administración de una dosis única, repetible al cabo de 2 horas, y se deben evitar dosis adicionales. Debe considerarse cuidadosamente el riesgo de abuso al prescribir estos tratamientos para evitar el desarrollo de una cefalea por abuso de medicación.(3)

Según la Guía oficial de práctica clínica en cefaleas, si emplea combinación, de cafeína asociada a paracetamol, aspirina, ibuprofeno, o indometacina con proclorperazina, diversos estudios han demostrado que esta asociación es superior a los fármacos por separados. Otra posibilidad es el uso combinado de analgésico con antieméticos, ya que podría favorecer el vaciado gástrico y su absorción, en casos de pacientes que existe componente postural manifiesto (contracturas) o ansiedad, se podrá combinar con relajantes muscular.(3)

Según un estudio publicado en la revista Cochrane 2017, refiere la Aspirina para el tratamiento agudo de la cefalea tensional episódica en adultos (Revisión), con una dosis de aspirina 1.000mg, como una formulación estándar de tableta para aliviar dolor de cabeza en más personas con tensión episódica frecuente, más que el placebo, pero falta pruebas. El

ibuprofeno es uno de los varios analgésicos sugeridos para el tratamiento agudo de los dolores de cabeza en TTH episódica frecuente. (17)

Otros tratamientos farmacológicos

La Tizanidina, un relajante muscular, ha demostrado efectividad en un ensayo clínico frente a placebo en mujeres con cefalea tipo tensión, pero no fue superior a placebo, otras medidas como administración de extractos naturales y vitamina B2 han mostrado eficacia en algún estudio aleatorio doble ciego con memantina no observó diferencias significativas frente al placebo.(3)

Al analizar un estudio publicado en 15 de noviembre de 2017 (última revisión), analice calificado, concluye que la toxina botulínica es útil en el tratamiento de la cefalea tensional sin embargo, los resultados del tratamiento dependen de la dosis, la ubicación de la inyección el número de ciclos y los intervalos. La toxina botulínica parece ser efectiva en el tratamiento de la cefalea tensional, pero debe ser reservados para casos refractarios, en los que no se pueden lograr los efectos esperados utilizando otros métodos.(18)

Pronóstico del dolor de cabeza de tensión

Aunque la cefalea tensional puede recurrir durante años o incluso décadas, el pronóstico a largo plazo generalmente se considera favorable. Aparte de los problemas asociados con la transformación en cefalea tensional crónica observada en un subconjunto, parece que no existen complicaciones o ramificaciones permanentes en los ataques recurrentes de cefalea tensional. En un estudio de adultos ambulatorios con cefalea tensional seguida durante 10 años, el 44% con cefalea tensional crónica informó mejoría significativa o resolución completa, mientras que el 29% de aquellos con cefalea tensional episódica se convirtieron al subtipo crónico.(13)

CONCLUSIÓN

Dentro del análisis, de los artículos, Guías revisados sistemáticamente conllevan a concluir, que la cefalea tensional es una enfermedad que disminuye la calidad de vida, la autoestima del paciente, deteriorando su funcionamiento individual, laboral, y familiar, causando una gran colisión socioeconómico, necesita una prioridad especial desde la atención primaria de salud, visto que es el primer lugar que asiste el paciente. Para solucionar o minimizar esta problemática, es de mucha importancia enfocar con responsabilidad en la promoción de la salud.

Mediante el consenso internacional de opciones terapéuticas se concluye que existen varias opciones a nivel farmacológico, no farmacológico y preventivo. Los antidepresivos tricíclicos utilizados en la prevención de la cefalea tensional, la amitriptilina, la nortriptilina, clomipramina, siendo la amitriptilina la que ha demostrado un nivel de evidencia I grado de recomendación A y es utilizada en la primera línea de la prevención de la CT; y una segunda opción la nortriptilina.

Los antidepresivos tetracíclicos como la mirtazapina, maprotina, y mianserina, también han demostrado eficacia con evidencia I, grado de recomendación A, dentro de este grupo la mirtazapina es la que menos que presenta efectos secundarios.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son, en general los menos eficaces. El citalopram y la sertralina han demostrado menor eficacia que los ADT en ensayos a corto plazo, actualmente no se recomiendan.

Los AINES son de primera elección para tratamiento farmacológico, existe evidencia convincente para ibuprofeno (solo o con cafeína), ketoprofeno, naproxeno, salicilatos, el paracetamol, con mayor eficacia, para ibuprofeno, aspirina e paracetamol. Los tratamientos no farmacológicos (ejercicio físico, fisioterapia, electromiografía, reciben nivel I grado de evidencia A, excepto terapia cognitivo-conductual, puntos de gatillos, acupuntura). La toxina botulínica es útil y eficaz para el tratamiento de la cefalea tensional, pero debe reservarse para los casos refractarios, en los casos que no se pueden lograr un efecto esperado utilizando otros métodos.

Se necesita más pesquisas investigativas para conocer la eficacia del tratamiento de la cefalea tensional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velázquez-jurado HR, Zermeño-pöhls JF, Sánchez-sosa JJ. Detección y valoración integral de la cefalea tensional. *Rev Intercont Psicol y Educ.* 2013;15(1):61–78.
2. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. *Am J Med.* 2018;131(1):17–24.
3. Ezpeleta D, Rosich PP. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 1689-1699 p.
4. Arias Fajardo JA. Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: abordaje y manejo. 2016;52. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52724/>
5. Cebrián P, Herrera L. Redalyc. Estudio epidemiológico sobre cefaleas en Población universitaria española. 2017;
6. Olesen J, Evers S, Charles A, Hershey A, Lipton R, First M, et al. III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. *Int Headache Soc.* 2013;23–55.
7. Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-Álvarez A, Beneit-Montesinos JV. Efectos de entrenamiento físico específico y técnicas de relajación sobre los parámetros dolorosos de la cefalea tensional en estudiantes universitarios: un ensayo clínico controlado y aleatorizado. *Neurología [Internet].* 2016;33(4). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485316301104>
8. María Loreto Cid J. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet].* 2014;25(4):651–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014700860>
9. Gómez FJG, García EG, Bou BM, González LM. Actualización del manejo de las cefaleas en Urgencias. *Med [Internet].* 2015;11(89):5331–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.10.018>
10. Nivel S. Primer y Segundo Nivel de Atención. 2016.
11. Academia D, Neurología M De. Neurociencia. 2015;

12. Sánchez Palomo MJ, Andrés Del Barrio MT, López-Zuazo Aroca I, Higes Pascual F, Yusta Izquierdo A. Cefalea (I). Cefalea tensional. Med [Internet]. 2015;11(70):4147–54. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(15\)70893-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(15)70893-0)
13. Kaniecki RG. Tension-Type Headache. In: Headache and Migraine Biology and Management. 2015. p. 149–60.
14. Mbewe E, Zairemtiama P, Yeh HH, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. J Headache Pain [Internet]. 2015 [cited 2018 May 26];16(1):515. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25916334>
15. Ortiz Caranguay MJ. Cefalea tensional y homeopatía. 2016;119. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52723/>
16. Cumplido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Terapia manual en adultos con cefalea tensional: Revisión sistemática. Neurología [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.12.004>
17. Derry S, Pj W, Ra M, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults (Review) Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. 2017;(1).
18. Więckiewicz M, Grychowska N, Zietek M, Więckiewicz G, Smardz J. Evidence to use botulinum toxin injections in tension-type headache management: A systematic review. Toxins (Basel). 2017;9(11).

ANEXOS

TABLA 1. Diferencias entre los subtipos más comunes de cefalea

Crterios	Migraña	Cefalea Tensional
A.Frecuencia	Al menos 5 ataques	Al menos 10 episodios >1 día pero <15 días por mes durante 3 meses
B. Duración	4-72 horas	30 min a 7 días
C. Al menos dos de los criterios Tipo de dolor Localización Intensidad Agravamiento	Pulsátil Unilateral Moderada a grave Presente	Presionante Bilateral Leve a moderada Ausente
D.Al menos uno de	Náuseas y/o vómito Fotofobia y fonofobia	No náusea ni vómito

Fuente: criterios vigentes para cefaleas primarias de acuerdo con la International classification of Headache Disorders(1).

Tabla 2. Anamnesis y exploración
Anamnesis
<ul style="list-style-type: none"> o Datos Demográficos o Características del Dolor <ul style="list-style-type: none"> Intensidad Localización signos y síntomas acompañantes Ausencia de criterios de alarma desencadenantes o Limitación funcional o Frecuencia o Respuesta al tratamiento
Exploración
<ul style="list-style-type: none"> o Constantes vitales o Exploración Neurológica completa o Palpación de la musculatura Pericraneal y cervical

TABLA 3. Criterios de Diagnósticos de la cefalea tensional según la international Headache.

<p>1. Cefalea tensional episódica infrecuente</p> <ul style="list-style-type: none">A. Al menos 10 episodios que ocurran menos de 1 día por mes en promedio (menos de 12 días/ año) y cumplan los criterios B-DB. Cefalea que dura de 30 minutos a 7 díasC. Cefalea que cumplan al menos de las siguientes características<ul style="list-style-type: none">1. Localización bilateral2. Característica no pulsátil, opresiva)3. Intensidad leve o moderada4. No empeora con la actividad física habitual como caminar o subir escalerasD. Ambos de los siguientes criterios<ul style="list-style-type: none">1. No náuseas o vómitos (puede ocurrir anorexia)2. Solo foto o sonofobia.
<p>1. Cefalea tensional episódica frecuente</p> <p>Como la cefalea tensional episódica infrecuente salvo por</p> <ul style="list-style-type: none">A. Al menos 10 episodios que ocurren más de 1 y menos de 15 días al mes durante al menos 3 meses (≥ 12 y < 180 días/año) y cumple los criterios B-D.B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 díasC. Al menos dos de las siguientes cuatro características:<ul style="list-style-type: none">1. Localización bilateral2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil)3. Intensidad leve o moderada4. No empeora con la actividad física habitual, como andar y subir escaleras.D. Ambas de las siguientes:<ul style="list-style-type: none">1. Sin náuseas ni Vómitos2. puede asociar fofobia o fonofobia (no ambas)E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III
<p>1. Cefalea tipo tensional crónica</p> <p>Como la cefalea tensional episódica infrecuente excepto por</p> <ul style="list-style-type: none">A. Cefalea que ocurre al menos 15 días al mes en promedio durante más de 3 meses (> 12 y < 180 días/año) y cumple criterios B-DB. Cefalea que dura horas o puede ser continuaC. Ambos de los siguientes criterios<ul style="list-style-type: none">1. No más de uno: fofobia, sonofobia o náuseas leves2. Nunca náuseas moderadas o severas ni vómitos
<p>1. Cefalea tensional episódica infrecuente probable</p> <ul style="list-style-type: none">A. una o más crisis de cefalea cumplen todos uno de los criterios de A-D de la 2.2 cefalea tensional episódica frecuente, salvo por uno.B. No cumple los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefaleaC. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de ICHD-III. <p>Cefalea tensional episódica frecuente probable</p> <ul style="list-style-type: none">A. Episodios de cefalea que cumplen todos menos uno de los criterios A-D de la 2.2

cefalea tensional episódica frecuente, salvo por uno.
 B. No cumplen los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.
 Sin mejor explicación por otro diagnóstico de a ICHD-III.

Fuente: M.J. Sánchez Palomo, M.T. Andrés del Barrio, I. López-Zuazo Aroca, F. Higes Pascualy A. Yusta Izquierdo. Cefalea tensional(6)(12).

TABLA 4. Pruebas complementarias en el estudio de la cefalea tipo tensión

Casos concretos	No indicadas	Recomendado como elemento que facilita el diagnóstico
Analítica:(VSG,PCR, otros parámetros) Neuroimagen:(TC,RM) Morfometría por RM de la musculatura cervical extensora).	Potenciales evocados Respuestas Reflejas Test autonómicos Doppler Transcraneal PET, EEG Mapas de EEG de dolor central	Diario de las cefaleas

Fuente: Guía Neurología 2015- (3)

Tabla 5. Tratamiento Preventivo Farmacológico de la Cefalea Tipo Tensión	
Antidepresivos tricíclicos	
Amitriptilina	10-75 mg/día
Nortriptilina	25-75 mg/día
Clomipramina	25-75mg/día
Antidepresivos tetracíclicos	
Mirtazapina	30-90mg/día
Maprotilina	25-75 mg/día
Mianserina	30-90mg/día
Otros	
ISRS	En general, no Recomienda
Tizanidina	No se Recomienda

Toxina Botulínica

casos Refractarios

Fuente: Guías oficial diagnósticos y terapéuticas de la Sociedad Española Neurología(3).

Diario de cefalea: manejo terapéutico (Indicado en la CT episódica frecuente y CT crónica).

Diario de cefaleas

Fecha:		
Síntomas de aviso o aura		
Duración del dolor:		
Características del dolor:		
Localización		
Intensidad		
Síntomas acompañantes:		
Nombre y dosis de medicamentos empleados:		
Resultados del tratamiento:		
Número de ataques en 24 hrs:		
Otros comentarios:		

Fuente: Fortes Zenaida

Lista de símbolos y abreviaturas

Abreviaturas	Término
IHS	Sociedad internacional de cefaleas
TTH	Cefalea Tensional
EITH	Cefalea tensional episódica Infrecuente
ETTH	Cefalea tensional episódica frecuente
CTTH	Cefalea Tensional crónica
PTH	Cefalea Tensional Probable
TRIGGER POINTS	Puntos de activación
CT	Cefalea Tensional
GPC	Guías de Práctica Clínica (diagnóstico y tratamiento)