

## Aspectos epidemiológicos del dolor en pacientes con cefalea tensional

G. V. Espí López<sup>1</sup>, A. Gómez Conesa<sup>2</sup>

1- Dpto. de Fisioterapia. Universidad de Valencia

2- Dpto. de Fisioterapia. Universidad de Murcia

### Resumen

**Fundamento.** La cefalea tensional es la más prevalente de las cefaleas primarias tanto en atención primaria, como en medicina del trabajo o en las consultas de neurología, con importantes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes. Para efectuar un tratamiento de fisioterapia, es necesario conocer las características de la cefalea y su posible etiología, valorar los aspectos que pueden ser modificados, seleccionando así el más eficaz. El objetivo es analizar los aspectos epidemiológicos de la cefalea tensional en una muestra de pacientes, características de su dolor, diferencias sociodemográficas observadas e intensidad de sus crisis de dolor.

**Métodos.** La muestra está formada por 84 pacientes diagnosticados de cefalea tensional, de entre 18-65 años, evaluados mediante entrevista clínica estructurada. No-validada, con selección previa y participación voluntaria.

**Resultados y Conclusiones.** De los 84 pacientes, todos ellos cumplieron los criterios de inclusión y respondieron a la entrevista, el 81% eran mujeres con edad media de 39,76 años (dt 11,38). El 36,9% siente dolor en la zona occipital, el 35,7% en la zona interparietal y el 27,4% en la región frontal. El 97,6% padecían dolor bilateralmente, el 81% refirieron dolor no pulsátil, y de severidad media a moderada el 92,9%. En el 71,4% el dolor no aumentaba con la actividad física. La intensidad media del dolor fue de 6,49 (dt 1,69). La mitad de los pacientes refirieron que el dolor se desencadena por la tos, al sonarse, al esfuerzo, o con la ingesta de alcohol. El mayor factor de agravación es el estrés (70,2%), aliviándoles la relajación en el 50% de los casos.

La cefalea tensional es más frecuente en las mujeres, con edades en torno a los 40 años y con antecedentes familiares de cefaleas primarias. El dolor es de características holocraneales por lo general, aunque con predominio de irradiación en la zona occipital e interparietal, afectan con intensidad media, se agravan por el estrés, y se alivian con las técnicas de relajación y con el sueño.

**Palabras clave:** Cefalea tensional. Dolor. Epidemiología, Fisioterapia, Terapia Manual.

### Abstract

**Background.** Tension-type headache is the most prevalent type of primary headaches, both in primary health care and occupational medicine or in neurology consultations, with important repercussions on patients' quality of life. To carry out a physiotherapy treatment, it is necessary to know the characteristics of the headache and its probable etiology, and take into account the aspects that can be modified, in order to choose the most effective treatment. The objective is to analyse the epidemiological aspects of tension-type headache in a sample of patients, characteristics of their pain, observed socio-demographic differences and intensity of their pain crises.

**Methods.** The sample is made up of 84 patients diagnosed with tension-type headache, assessed through structured clinical interview. Not validated, with previous selection and voluntary participation.

**Results and Conclusions.** Out of 84 patients, all of them met the inclusion criteria and replied to the interview), 81% were women, with mean age of 39,76 years (sd 11,38); 36,9% feeling pain in the occipital region, 35,7% in the interparietal area and 27,4% in the frontal region. 97,6% suffered from bilateral pain, 81% described non-throbbing pain, and 92,9% related pain of medium to moderate severity. In 71,4% of cases pain did not increase with physical activity. The average intensity of pain was 6,49 (sd 1,69). Half the patients related that the pain was triggered off by cough, during exertion and when blowing their nose, or with alcohol intake. The biggest aggravation factor was stress (70,2%), and patients were relieved by relaxation techniques in 50% of cases.

Tension-type headache is more frequent in women, with approximate mean age of 40 years and with history of primary headaches in their family. The generalised characteristics of the pain affect with medium intensity pain to the whole head, with more predominance in interparietal and occipital regions, gets worse with stress and is relieved by relaxation and sleep.

*Key words:* Tension-type headache, Pain, Epidemiology, Physiotherapy, Physical Therapy.

## Introducción

Las cefaleas ocupan un campo importante en las consultas de atención primaria, medicina del trabajo y neurología, constituyendo un síntoma que puede tener variados desencadenantes, desde orgánicas graves, hasta funcionales<sup>1</sup>. La cefalea puede estar asociada o no al abuso de fármacos sintomáticos y cuando se cronifica, se convierte en un serio problema para el paciente con importantes repercusiones en su calidad de vida.

Según Felício et al.<sup>2</sup> entre el 22,65% y el 30% de la población padecen cefaleas, produciéndose afectación en el ámbito laboral, social, en las actividades de la vida diaria, y en la calidad de vida en general<sup>3-5</sup>. Para Lenssink et al.<sup>6</sup> de todos los tipos de cefaleas, la cefalea tensional representa la forma más común de las cefaleas. Al igual que ocurre con otros tipos de cefaleas primarias, la mayor parte de los pacientes que padecen de cefalea tensional son de género femenino (80%), con edad media de 40 años. Destaca en este tipo de cefalea el importante impacto socioeconómico que versa sobre la patología como son los costes laborales, de incapacidad, minusvalías, asistenciales, de fármacos, las consultas con especialistas y las evaluaciones de laboratorio<sup>7,8,9</sup>.

Matta y Moreira<sup>10</sup>, identificaron los aspectos clínicos que envuelven a la cefalea tensional en un estudio con 50 pacientes, siendo el 80% mujeres, con una media de edad de 30 años. El dolor constrictivo u opresivo estaba presente en el 80% de los pacientes, predominaba el dolor bilateral en el 90% y unilateral en el 10%. Los antecedentes familiares con cefalea estuvieron presentes en el 24% de los pacientes, y el impacto en las actividades laborales, en el 14% asociadas a baja productividad o absentismo laboral.

Se reconocen factores precipitantes o desencadenantes, como la ansiedad, las emociones, el estrés, el sufrimiento físico o psíquico permanente, la posición estática prolongada, las posturas incorrectas, manipulación de cargas, el uso de ordenadores, las malas condiciones ergonómicas del puesto de trabajo, el ruido, las vibraciones, la escasa luminosidad y venti-

lación, y los trastornos del sueño<sup>11,12</sup>. Según Jensen et al.<sup>13</sup> los desórdenes musculares juegan un papel importante en las cefaleas, incluso la cefalea tensional episódica puede pasar a crónica por este motivo, con asociación frecuente del abuso de fármacos y trastornos ansiosos asociados. Buchgreitz et al.<sup>14</sup> defienden que la sensibilización central causada por periodos prolongados de dolor interviene en la cronificación del mismo.

Entre los tratamientos utilizados en la cefalea tensional encontramos los farmacológicos con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), analgésicos simples, relajantes musculares, toxina botulínica<sup>15</sup>, anti-depresivos<sup>16,17</sup>, y de fisioterapia manual mediante técnicas de terapia manual musculares y articulares como estiramientos, masaje, puntos gatillo, calor, técnica miofascial o posturales<sup>18,19</sup>.

De cara a efectuar el tratamiento de fisioterapia, es necesario conocer los aspectos epidemiológicos de la cefalea tensional, así como las características de dolor que permiten tipificarla según los criterios de la International Headache Society (IHS)<sup>20</sup>, valorando los aspectos del dolor que pueden ser modificados por actuar como desencadenantes o cronificantes del mismo<sup>21</sup>.

El objetivo del presente estudio es analizar con carácter previo al tratamiento fisioterápico, los aspectos clínico-epidemiológicos de la cefalea tensional en una muestra de pacientes con esta patología, incluyendo la prevalencia por género, edad, así como el tiempo de evolución, forma de inicio, tiempo que duran los episodios de las cefaleas y sus características.

## Sujetos y Métodos

Los pacientes provinieron de una clínica privada de fisioterapia especializada en el tratamiento de cefaleas, diagnosticados de cefalea tensional episódica frecuente o cefalea tensional crónica, ambas asociadas o no a sensibilidad pericraneal, que acudieron voluntariamente derivados por médicos de atención prima-

ria, médicos del trabajo, neurólogos y del propio centro donde se realizó el estudio, dando su consentimiento informado y seleccionados por los criterios de inclusión. Se siguieron los criterios diagnósticos establecidos por la IHS de: frecuencia no inferior a 1 día al mes, duración entre 30 minutos y 7 días, 2 características del dolor de entre localización bilateral, presión no pulsátil, intensidad media a moderada y que no aumente con la actividad física, la posible existencia de factores asociados como fotofobia, fonofobia, náuseas o vómitos, y de sensibilidad pericraneal. Se incluyeron pacientes con edad entre 18 y 65 años, previamente diagnosticados de cefalea tensional, que padecían de crisis de cefalea más de 3 meses y más de 1 día al mes con episodios de dolor entre 30 minutos a 7 días, y que cumplían los criterios enumerados en la selección: bilateralidad en la ubicación, dolor compresivo, intensidad leve o moderada, y que no aumente con la actividad física. Así mismo, podían padecer fotofobia, fonofobia, náusea o vómitos y asociar sensibilidad pericraneal. El control farmacológico por parte de su médico de atención primaria, médico del trabajo o especialista era así mismo, un requisito previo de inclusión.

Quedaron excluidos los pacientes con migraña, con cefalea tensional episódica infrecuente, por padecer dolor menos de 1 día al mes, y los pacientes con la cefalea tensional probable en sus formas frecuente e infrecuente, por la asociación con la migraña y con el abuso de fármacos. No se incluyeron pacientes con dolor que se agravase por el movimiento de la cabeza, problemas metabólicos u osteomusculares con sintomatología similar de cefaleas, vértigos, mareos, tensión descompensada o artrosis avanzada y pacientes en proceso de adaptación farmacológica.

La muestra se formó por 84 pacientes que buscaron tratamiento de fisioterapia para cefalea tensional, durante 13 meses, desde el 1 de febrero de 2008 hasta el 31 de enero de 2009.

Para la captación de pacientes, se realizó una campaña informativa en la propia consulta y se envió mailing a: médicos de atención primaria, neurología y al médico de la asociación española de pacientes con cefalea.

La evaluación inicial se realizó mediante una entrevista clínica estructurada y no validada, efectuada por una fisioterapeuta con 10 años de experiencia en el ámbito del tratamiento de las cefaleas, que recoge datos sociodemográficos y las características referen-

tes a la cefalea en el mes previo como: la confirmación diagnóstica del médico que le ha diagnosticado y prescrito la medicación oportuna que se especifica, la edad y el sexo, el tiempo de evolución de la cefalea, la focalidad del dolor, el momento de inicio, la duración del episodio, la lateralidad del dolor, la característica opresiva o pulsátil del dolor, la intensidad del dolor según escala e interferencia con su vida diaria (calificada de severidad media a moderada), la relación con la actividad física, la frecuencia media del dolor de crisis al mes, la severidad del dolor, la intensidad del dolor con la Escala Visual Analógica de 0 a 10 (EVA), los factores desencadenantes, los factores de agravación, los factores de alivio, los síntomas asociados y la historia familiar de cefaleas.

Los datos de la entrevista clínica se han codificado y analizado con el programa SPSS v.15. Se han realizado los análisis descriptivos de la muestra en general con las frecuencias absolutas y relativas, puntuaciones medias, así como las correlaciones de Pearson entre las variables de estudio.

## Resultados

Durante los 13 meses del estudio, 84 pacientes reunieron los criterios de inclusión, fueron excluidos aquellos que no cumplían los criterios de inclusión o bien, que reunían criterios de exclusión. De los que comenzaron el estudio, todos los participantes completaron la historia y finalizaron el programa fisioterápico. De ellos, el 51,2% acudieron a la clínica donde se ha realizado el estudio por iniciativa propia en busca de tratamiento fisioterápico para el alivio de la cefalea, el 35,7% fueron remitidos por médicos de cabecera de diferentes centros de salud públicos y privados, el 7,1% fueron remitidos por neurólogos y el 6% por el médico de la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas (AEPAC). De los 84 sujetos, 68 son mujeres (81%) y 16 hombres (19%). La edad media era de 39,76 años (dt 11,38), con un rango de 18 a 65 años. El tiempo de evolución de la cefalea tensional fue de 1 a 53 años, con una media de 10,22 (dt 11,48). El 36,9% sentía dolor en la zona occipital, el 35,7% en la zona interparietal y el 27,4% en la región frontal. El momento de inicio del dolor fue variable, al 17,9% de los pacientes se les instauraba la cefalea a primera hora de la mañana, al 45,2% se les instauraba a lo largo del día, al 29,8% cambiaba de un día a otro, y al 7,1% a última hora del día. La duración de los episodios del dolor, se situó entre 1 y 3 días, siendo la media de 1,42 días (dt 0,76).

El 88,1% padecían cefalea tensional episódica y el 11,9% cefalea tensional crónica. En lo referente a la severidad de la cefalea en el último mes, 56 pacientes (66,7%) sufrieron cefaleas de intensidad media, 17 pacientes (20,2%) de intensidad severa, y 11 pacientes (13,1%) la percibieron como suave. El paciente autocalificaba la intensidad de su cefalea (leve, moderada o severa) y posteriormente se contrastaba con los datos obtenidos en la escala EVA dándole un valor numérico. La media de la intensidad del dolor evaluada mediante la EVA se situó en 6,49 (dt 1,697). En la tabla 1 se detalla la intensidad del dolor en toda la muestra y en la tabla 2 las características de la cefalea tensional.

El 50% de los pacientes refirieron que el dolor se desencadenaba por la tos, al sonarse, al esfuerzo físico, o a la ingesta de alcohol, tanto conjuntamente como de forma aislada cada factor. Al 32,1% el dolor se le desencadenaba tras la ingesta de ciertos alimentos como el chocolate, el queso o el café, y al 67,9% restante no les afectaba la ingesta de ningún alimento. De las 68 mujeres que componían la muestra, 28 refirieron los trastornos hormonales como desencadenantes del dolor, asociado a menstruaciones, a la toma de anticonceptivos o a otras terapias hormona-

les. Como agravantes del dolor, el estrés estaba considerado el factor subjetivo más importante para el 70,2% de los 84 pacientes. Los condicionantes laborales por percepción subjetiva referida por el paciente agravaron el dolor en el 48,8% de la muestra, mientras que los emocionales afectaron al 34,5%, los familiares al 19% y los estudios al 8,3%.

De los factores que a los pacientes les resultaron aliviadores del dolor, la relajación auto-administrada fue eficaz para el 50% de los casos, el sueño reparador para el 45,2%, y los ejercicios respiratorios auto-realizados al 2,4%. En presencia de la cefalea tanto de forma aislada como conjunta, refirieron síntomas asociados como fotofobia o fonofobia de carácter modesto y tolerado sin la intensidad y limitación asociada a las migrañas el 58,3%, la sensibilidad craneal el 45,2%, las náuseas o vómitos asociados al dolor el 34,5%, mientras que otros síntomas como apatía o falta de concentración afectaron al 3,6% de los pacientes. El 54,7% tenían familiares directos con cefaleas primarias.

Algunas variables presentaron una correlación positiva que resultaron significativas estadísticamente: el tiempo de evolución del trastorno se relaciona con los desencadenantes del dolor por la tos, el sonarse, el esfuerzo o la ingesta de alcohol ( $r\ 0,260$ )( $p\ 0,017$ ), con la ingesta conjunta o por separado de alimentos como el café, el chocolate o el queso ( $r\ 0,326$ )( $p\ 0,002$ ); con los síntomas como fotofobia o fonofobia ( $r\ 0,334$ )( $p\ 0,002$ ), con náuseas o vómitos ( $r\ 0,313$ )( $p\ 0,004$ ) y con la severidad del dolor ( $r\ 0,287$ )( $p\ 0,008$ ); la severidad del dolor tiene relación con los factores desencadenantes de tos, el sonarse, el esfuerzo o la ingesta de alcohol ( $r\ 0,332$ )( $p\ 0,002$ ), con la fotofobia o la fonofobia ( $r\ 0,443$ )( $p\ 0,000$ ), con las náuseas o vómitos ( $r\ 0,434$ )( $p\ 0,000$ ), con la sensibilidad pericraneal ( $r\ 0,262$ )( $p\ 0,016$ ), con el tiempo que dura el dolor ( $r\ 0,369$ )( $p\ 0,001$ ) y con la intensidad ( $r\ 0,568$ )( $p\ 0,000$ ).

EVA	Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas (%)
3	2	2,4
4	10	11,9
5	14	16,7
6	15	17,9
7	16	19
8	20	23,8

Tabla 1. Intensidad del dolor

Características	Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas (%)
Dolor bilateral	82	97,6
No pulsátil	61	81
No aumenta con la actividad física	60	71,4
Factores asociados fotofobia o fonofobia	49	58,3
Factores asociados Náuseas o vómitos	29	34,5

Tabla 2. Características del dolor

## Discusión

En este estudio, la cefalea de características tensionales aplicando criterios IHS para su diagnóstico es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con porcentajes similares a los obtenidos en otros estudios revisados<sup>8,15,30</sup> y aunque puede iniciarse en una edad temprana, la media de edad se sitúa en los 39,7 años (dt 11,38) coincidiendo con la edad de pleno rendimiento laboral y familiar, de ahí la importancia de su

Autor	n	Sexo (%)		Edad media	Lateralidad (%)		Antecedentes familiares (%)	Severidad (%)
		M	H		Bilateral	Unilateral		
Matta y Moreira <sup>6</sup>	50	80	20	30	90	10	24	-
Auray <sup>4</sup>	10,585 30% CT	80	20	40,7	-	-	-	-
Silva et al. <sup>23</sup>	251	60,6	39,4	37,1	-	-	-	-
Rollnik et al. <sup>21</sup>	21	61,9	38,1	37,4	-	-	-	-
Schmit et al. <sup>24</sup>	60	60	40	18-78	-	-	-	-
Paedberg et al. <sup>25</sup>	40	70,3	26,7	43	-	-	-	-
Straube et al. <sup>18</sup>	118	54,6	45,3	44	-	-	-	Moderada 66,9
Silberstein et al. <sup>20</sup>	300	62,3	37,7	42,6	60,6	35	-	-
Mathew et al. <sup>11</sup>	355	84,5	15,5	43,5	-	-	-	-
Holroyd et al. <sup>12</sup>	203	76,4	23,6	37	-	-	-	-
Gil et al. <sup>26</sup>	56	96,4	3,6	41,5	-	-	-	-
Bove y Nilsson <sup>15</sup>	75	65,3	34,7	38	-	-	-	-
Melchart et al. <sup>22</sup>	91 40,6% CT	91,2	8,8	49	-	-	-	-
Melchart et al. <sup>19</sup>	270	74	26	43	-	-	-	-

CT= Cefalea Tensional

Tabla 3. Comparación de nuestros resultados con otros estudios

repercusión socio-laboral y económica ya valorada en otros estudios<sup>3-5</sup> (Tabla 3). De hecho, hay pacientes que tienen cefalea casi toda su vida, con una media de evolución de 1 a 53 años. Estas cifras difieren algo en otros estudios consultados<sup>22,23</sup> cuyos autores encontraron la media de evolución entre 13 y 14,5 años (Tabla 4).

La presentación de la cefalea es principalmente bilateral (97,6%), similar a lo encontrado en otros estudios<sup>10,24</sup>. El dolor se manifiesta en forma de “casco” de manera que envuelve toda la cabeza, predominando en la zona occipital en el 36,9%, interparietal el 35,7% y en la región frontal en el 27,4%, datos que difieren del estudio realizado por Silberstein et al.<sup>24</sup>, si bien los pacientes referían una o más zonas conjuntamente de dolor, y en nuestro estudio se ha analizado la predominancia de mayor intensidad entre las regiones occipital, interparietal y frontal, por ser estas características de dolor las que más positivamente responden a los tratamientos de fisioterapia asociada a la farmacológica. El dolor es opresivo, continuado y no pulsátil en el 81% de los casos, de severidad media en el 92%, y en el 71% la actividad física no afecta al dolor, con lo cual se corresponde con los criterios establecidos por la International Headache Society<sup>21</sup>, que establece que el diagnóstico de cefalea tensional debe cumplir la existencia de dos o más de éstas características, y en

nuestro estudio la mayoría de sujetos las cumplen todas las características requeridas y todos ellos los criterios mínimos establecidos por IHS.

Referente a la frecuencia del dolor, los pacientes sufren cefalea tensional episódica frecuente el 57,1% de los sujetos y cefalea tensional crónica en el 42,9%. Otros autores<sup>16,23,25,26</sup> incluyen en sus estudios pacientes con cefaleas episódicas frecuentes y cefaleas tensionales crónicas. Así mismo, Matta y Moreira<sup>10</sup>, y Silva et al.<sup>28</sup> incluyen sólo pacientes con cefalea tensional episódica en sus estudios y otros autores sólo incluyen pacientes con cefalea tensional crónica<sup>15,22,24,30</sup>. Respecto a los tres valores de severidad, confirmando los valores de Straube et al.<sup>22</sup>, la mayoría de los sujetos (66,7%) sufren cefalea de severidad media. La puntuación en intensidad con la EVA varía en los distintos estudios consultados entre 3 y 10, siendo la máxima incidencia encontrada el 8 (23,8%). En nuestro estudio la intensidad media de dolor es de 6,49. Sin embargo, otros estudios encontraron medias inferiores a la nuestra, entre 2,62 y 7<sup>16,25,28,29</sup>.

Los desencadenantes del dolor, de forma conjunta o aislada están presentes en la mayoría de los pacientes. Para el 50% de los sujetos, el dolor lo desencadena la tos, al sonarse, al esfuerzo o a la ingesta de alcohol y para el 32% los alimentos como el chocolate, café o queso.

Autor	Promedio tiempo de evolución	Frecuencia (%)		Intensidad	Duración episodio*	Síntomas asociados (%)	Localización dolor (%)
		CTE	CTC				
Matta y Moreira <sup>6</sup>	-	100	-	-	-	-	-
Silva et al. <sup>23</sup>	-	100	-	-	-	-	-
Rollnik et al. <sup>21</sup>	-	76,2	23,8	EVA 5,8	-	-	-
Schmit et al. <sup>24</sup>	-	-	-	EVA 2,62	-	-	-
Paedberg et al. <sup>25</sup>	-	-	100	EVA 6,6	-	-	-
Straube et al. <sup>18</sup>	13	-	100	-	-	Náuseas-Vómitos 33, Fotofobia-Fonofobia 22,8	-
Silberstein et al. <sup>20</sup>	-	77,2	22,8	-	-	Náuseas -Vómitos 5,7, Fotofobia-Fonofobia 39	Frontal 95, Interparietal 33,6 Occipital 53 En casco 25,6
Mathew et al. <sup>11</sup>	-	85	15	-	-	-	-
Holroyd et al. <sup>12</sup>	12,6	37	63	-	-	-	-
Gil et al. <sup>26</sup>	-	84	16	EVA 4,5	-	-	-
Melchart et al. <sup>22</sup>	-	46	54	-	-	-	-
Melchart et al. <sup>29</sup>	14,5	54	46	EVA 8	-	-	-
Estudio actual	10,22	57,1%	42,9%	EVA 6,49	1,2	Náuseas-Vómitos 34,5%, Fotofobia-Fonofobia 58,3, Sensibilidad pericraneal 45,2	Frontal 4, Interparietal 35,7 Occipital 36,9

\* en días  
 CTE= Cefalea Tensional Episódica frecuente  
 CTC= Cefalea Tensional Crónica

Tabla 4. Comparación de nuestros resultados con otros estudios

Por otro lado, de las 68 mujeres de la muestra, 28 referían como desencadenantes del dolor los trastornos hormonales pudiéndose deber a los cambios circulatorios y de tensión muscular que se producen durante éstos ciclos. El estrés es el factor de agravación más importante (70%), seguido de los factores laborales (48,8%), emocionales (34,5%) y familiares (19%). En otro estudio consultado<sup>12</sup> sobre prevalencia, los factores precipitantes de la cefalea más frecuentes fueron el estrés (27,9%) y la menstruación (27,3%). El alivio del dolor se produce por la relajación en el 50% y al dormir en el 45,2%. Los síntomas asociados más frecuentes son la fotofobia o fonofobia (58,3%), la sensibilidad pericraneal (45,2%) y las náuseas o vómitos (34,5%). Otros autores obtienen valores semejantes en relación con estos síntomas, como Straube et al.<sup>22</sup> que encontraron náuseas o vómitos en el 33% de los sujetos, y fotofobia o fonofobia en el 22,8%; y el estudio de Silberstein et al.<sup>24</sup> en el que las náuseas o vómitos las padecían el 5,7% y la fotofobia o fonofobia el 39% de los sujetos. Por otro lado, más de la mitad de los sujetos (54,7%), tienen familiares directos con historia de cefaleas. Otros

autores<sup>10,12</sup> mostraron esta relación familiar en el 24% y 36,6% de los sujetos.

Uno de los estudios consultados y efectuado en Cuba, arrojó resultados similares al nuestro, mostrando que de 360 sujetos, el 44,72% padecían cefaleas primarias, predominando la cefalea tensional (25,56%), siendo la mayoría mujeres (71,4%), el estrés es el factor precipitante más frecuente, y para las mujeres los trastornos hormonales. La localización del dolor más frecuente en el occipital (45,3%), y el 36,6% tienen antecedentes familiares con cefaleas<sup>12</sup>. Merecen especial comentario los estudios realizados en el ámbito laboral como el de Vicente-Herrero et al.<sup>3</sup> que destacan la repercusión socio-laboral de la patología y la repercusión económica asociada destacando la importancia del correcto diagnóstico que permita iniciar actuaciones terapéuticas y preventivas de forma especial en cefaleas primarias como la que nos ocupa aquí, con programas de intervención en ámbito laboral y en coordinación con atención primaria y medicina especializada que favorezcan el control de la patología y la optimización de

los recursos sanitarios<sup>4,5</sup>. Por lo tanto, nuestros resultados coinciden en líneas generales con otros estudios en cuanto a las características de la cefalea tensional, si bien el realizado por nosotros, ha tenido en cuenta un mayor número de características, recogiendo también aspectos como la severidad del dolor en diferentes niveles, el momento del día de instauración del dolor, los factores desencadenantes y agravantes por separado, así como los factores de alivio.

En conclusión, en nuestro estudio la cefalea tensional constituye un problema de salud pública que puede beneficiarse de actuaciones conjuntas médicas y fisioterápicas. Es más frecuente en las mujeres, con una edad intermedia y con antecedentes familiares. Las cefaleas tensionales episódicas son más frecuentes que las crónicas, el dolor es de intensidad media, afecta a toda la cabeza a modo de casco con más predominio en la zona occipital e interparietal, y se siente como una presión generalizada y no pulsátil. El dolor se agrava por el estrés, por factores laborales y emocionales, se alivia con la relajación y el sueño, y en la mayoría de las mujeres, los trastornos hormonales agravan el dolor. Destaca la asociación entre la evolución de las cefaleas con la severidad del dolor y con los síntomas acompañantes en toda la muestra. Con este estudio ha sido posible conocer las características y los aspectos epidemiológicos de la cefalea tensional que nos planteamos inicialmente, con el fin de poder seleccionar y aplicar posteriormente con las máximas garantías de éxito terapéutico el tratamiento fisioterápico más eficaz que permita apoyar al farmacológico e incluso reducirlo o evitarlo en ocasiones

## Bibliografía

1. Infante E, Pérez Y, Díaz MJ, Vergara O. Enfoque clínico-etiológico de las cefaleas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(Suppl 5): 483-6.
2. Felício AC, Bichuetti DB, Celso WA, Godeiro CO, Marin LF, Carvalho DS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2006; 64(Suppl 1):41-4.
3. Vicente-Herrero MT, Láinez MJA, Díaz S. Estudio de prevalencia y demanda médica por cefalea en la población laboral de correos. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(1): 9-13.
4. Vicente-Herrero MT, Láinez MJA. Impacto de un programa de intervención de la migraña en el medio laboral entre los trabajadores de correos. *Medicina del Trabajo* 2006; 15 (1):12-22.
5. Vicente-Herrero MT, Burke TA, Láinez MJA. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin* 2004; 20(11):1805-14.
6. Lenssinck MLB, Damen L, Verhagen AP, Berber MY, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review. *Pain* 2004; 112:381-7.
7. Vicente-Herrero MT et al. *Manual de Cefalea para el médico*. Bilbao: Lettera Publicaciones 2009.
8. Auray JP. Socio-economic impact of migraine and headaches in France. *CNS Drugs* 2006; 20(Suppl 1):37-43.
9. Lopes LC, Dach F, Speciali JG. Pruebas complementarias y cefaleas. *Rev Neurol* 2009;48:183-4.
10. Matta APC; Moreira PM. Cefaléia do tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64 (Suppl 1):95-4.
11. Asociación Española de Pacientes con cefalea (AEPAC). Disponible en: <http://www.dolordecabeza.net/>.
12. Quesada AJ, Contreras LJ, Álvarez A, Traba ER. Prevalencia de cefaleas primarias en una población rural cubana. *Rev Neurol* 2009; 49:131-4.
13. Jensen R, Bendtsen L, Olesen J. Muscular Factors are of Importance in Tension-Type Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1998; 38:10-7.
14. Buchgreitz L, Egsgaard LL, Jensen R, Arendt-Nielsen L and Bendtsen L. Abnormal pain processing in chronic tension-type headache: a high-density EEG brain mapping study. *Brain* 2008; 131:3232-6.
15. Mathew NT, Frishberg BM, Gawel M, Dimitrova R, Gibson J, Turkel C; BOTOX CDH Study Group. Botulinum toxin type A (BOTOX) for the prophylactic treatment of chronic daily headache: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache* 2005; 45(Suppl 4):293-4.
16. Holroyd K, O'Donnell F, Stensland M, Lipchik G, Cordingley G, Carlson B. Management of Chronic Tension-Type Headache With Tricyclic Antidepressant Medication, Stress Management Therapy, and Their Combination. *Jama* 2001; 285:2208-15.

17. Tomkins GE, Jackson JL, O'Malley PG, Balden E, Santoro JE. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis. Department of Medicine, Dwight David Eisenhower Army Medical Center, Augusta, Georgia, USA. *Am J Med* 2001; 111(Suppl 1):54-63.
18. Anderson RE, Seniscal C. A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches. *Headache* 2006; 46:1273-80.
19. Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1998; 280:1576-3.
20. Joubert J. Diagnosing Headache. *Australian Family Physician* 2005; 34(8):621-5.
21. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International Classification of headache disorders. 2ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):1-160.
22. Straube A, Empl M, Ceballos-Baumann A, Tölle T, Stefenelli U, Pfaffenrath V. Pericranial injection of botulinum toxin type A (Dysport®) for tension-type headache - A multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *European Journal of Neurology* 2008; 15(Suppl 3):205-14.
23. Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Becker-Witt C, Hammes M, et al. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331:376-85.
24. Silberstein SD, Göbel H, Jensen R, Elkind AH, Degryse R, Walcott JM, Turkel C. Botulinum toxin type A in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Cephalalgia* 2006; 26(Suppl 7):790-80.
25. Rollnik J.D, Tanneberger O, Schubert M, Schneider U, Dengler R. Treatment of Tension-type Headache With Botulinum Toxin Type A: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2000; 40(Suppl 4):300-5.
26. Melchart D, Hager S, Hager U, Liao J, Weidenhammer W, Linde K. Treatment of patients with chronic headaches in a hospital for traditional Chinese medicine in Germany. A randomised, waiting list controlled trial. *Complement Ther Med* 2004; 12(Suppl 2-3):71-8.
27. Silva HM, Garbelini RP, Teixeira SO, Bordini CA, Speciali JG. Efeito da cefaléia do tipo tensional episódica na qualidade de vida relacionada à saúde em funcionários de um hospital público brasileiro. *Neuro-Psiquiatr* 2004; 62(Suppl 3):769-73.
28. Schmitt WJ, Slowey E, Fravi N, Weber Jean-Marc Burgunder S. Effect of Botulinum Toxin A Injections in the Treatment of Chronic Tension-type Headache: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2001; 41(Suppl 7):658-64.
29. Padberg M, SFTM de Bruijn, RJ de Haan, Tavy DLJ. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin: a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 8):675-80.
30. Gil I, Romero V, González MD, Sánchez MP, López-Torres J. Evaluación de Dolor Cervical en pacientes tratados mediante ejercicios de rehabilitación. *REV CLÍN MED FAM* 2006; 1(Suppl 5):215-3.