

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO, EN PACIENTES QUE
CONSULTAN POR CEFALEA TENSIONAL, EN LA UNIDAD COMUNITARIA
DE SALUD FAMILIAR BUENOS AIRES, TAMANIQUE EN EL PERÍODO
MAYO – JULIO DE 2016**

Informe final presentado por

Machado Torres, Ovidio Francisco

Morales Aldana, Jorge Alberto

Umaña Fernández, Alejandro José

**Para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA**

Asesor

Dr. Roberto López Aguilar

San Salvador, octubre de 2016

ÍNDICE

I. Resumen	iii
II. Introducción	iv
III. Objetivos	vii
IV. Marco teórico	8
<i>Cefalea</i>	8
<i>Clasificación de cefaleas y Cefalea tensional</i>	11
<i>Medición del dolor – Escala Visual Análoga EVA</i>	18
<i>Tratamiento</i>	19
<i>Carga económica y social de las cefaleas</i>	24
V. Diseño Metodológico	27
VI. Resultados de la investigación.....	34
VII. Discusión de los resultados.....	38
VIII. Conclusiones	40
IX. Recomendaciones	41
X. Referencias bibliográficas	42
XI. Anexos	44

I. RESUMEN

La presente investigación estableció la frecuencia y factores de riesgo en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio del corriente, a través de un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal en el cual, mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos a las personas que consultan por cefalea de tipo tensional se indaga sobre las características de estos episodios en cuanto a duración siendo mayoritariamente de 2 a 4 horas con una intensidad promedio según la Escala Visual Análoga del Dolor de 4.2 y el manejo que le da la persona tanto de manera farmacológica con analgésicos, a la cabeza acetaminofén, y medidas no farmacológicas como reposo y evitar algún tipo de estímulo externo; y factores que lo desencadenen, siendo los más relevantes, elementos de la dinámica familiar y laboral, seguido de aspectos económicos y violencia social los que mayor influencia tienen en cuanto al desarrollo de cefalea de características tensionales, y como estos episodios repercuten en el diario vivir de las personas como lo describen múltiples literaturas, al ser una afección que engloba varias facetas de la vida de la persona tanto en el aspecto individual como en el social, tal como se aprecia en los resultados, esto también se demuestra en la presente investigación, al ser todas estas situaciones muy apegadas a la realidad de la población en estudio.

II. INTRODUCCIÓN

En la consulta del primer nivel de atención, no es nada extraño atender pacientes cuya queja principal resulta ser ‘me duele la cabeza’ y tampoco se debe negar que muchas veces no se le presta la debida atención ni se indaga mucho en este paciente, sus antecedentes o factores, sobre todo psicológicos, que contribuyen en su afección; por lo que es frecuente la práctica de administrar un analgésico y despachar al paciente. Pero, ¿es ese el abordaje adecuado? Y ¿Qué se hace para darle el seguimiento apropiado? Esto constituye una práctica bastante frecuente, como ya se mencionó, en el primer nivel de atención al ser una patología multifactorial muy frecuente de la consulta diaria, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que oscila entre el 30% y el 78% y tiene un muy alto impacto socioeconómico (III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, Sociedad Internacional de Cefalea, 2013).

A nivel mundial, el 50% de la población adulta, entre 18 y 65 años, sufre algún tipo de dolor de cabeza por año (Atlas de los Trastornos de Dolor de Cabeza y de los Recursos en el Mundo, Organización Mundial de la Salud, 2011). En el caso de las cefaleas tensionales en población adulta, la prevalencia media global es del 42% (Ferrante et al 2013). La “cefalea crónica diaria” (cefaleas primarias que aparecen más de 14 días al mes durante al menos 3 meses) tiene una prevalencia mundial del 4% (Wiendels et al, 2006).

En todo el mundo, sólo una minoría de las personas que sufren cefaleas recibe un diagnóstico apropiado formulado por un profesional sanitario. A escala mundial, las cefaleas han sido subestimadas, se conocen mal y no reciben el tratamiento adecuado.

Considerando que en cada país, las enfermedades que más se investigan son aquellas que más frecuentemente se presentan en su población y las medidas

adoptadas por los sistemas de salud van enfocadas precisamente en tales afecciones más comunes para disminuir los casos registrados de éstas, se puede ver que al estar en contacto con el primer nivel de atención, los pacientes que consultan por cefalea de características tensionales constituyen una amplia población y que su manejo es una práctica automatizada y empírica, adquirida a través de los años sin ningún fundamento, y menos aún, sin la debida investigación minuciosa y seguimiento adecuado a estos pacientes y peor aún, sin lineamientos que ayuden a establecer el diagnóstico y sus diagnósticos diferenciales, tratamientos de primera y segunda línea, seguimiento adecuado y prevención de la misma por lo que como se menciona, el tratamiento de estos pacientes, no ha sido más que una práctica automática a través de los años, ni siquiera a base de prueba y error, sino más bien un efecto placebo y en prácticas empíricas.

Tomando como universo de estudio la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires del municipio de Tamanique en La Libertad, para el presente trabajo de investigación, en el período de mayo a julio del corriente; en el cual, se estudió a los pacientes que consultaron por cefalea de característica de tipo tensional y analizando cada caso en particular, para establecer en primer lugar el diagnóstico adecuado e indagar sobre factores de riesgo y condiciones en cada uno de ellos que precipitan y exacerban su padecimiento. El municipio de Tamanique en el año 2015 presentó una frecuencia de 287 pacientes que consultaron por cefalea tensional. 59% en la UCSF-I Tamanique, 23% en UCSF-B Buenos Aires, 5% en UCSF-B San Alfonso y 13% en UCSF-B El Palmar.

La Unidad comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires desde su inicio ha presentado la cefalea tensional como una de las patologías por las cuales más se consulta, siendo la quinta causa más frecuente de consulta para el año 2015 (Sistema de Morbimortalidad en Línea SIMOW, MINSAL, 2016)

Para demostrar que debiera tratarse el tema como un asunto de salud pública, el presente trabajo pretender servir como un antecedente que demuestre la incidencia de esta enfermedad y por tanto, como debe orientarse un protocolo adecuado y bien fundamentado sobre cómo manejar estos pacientes, no solo para tratar su dolencia sino más importante aún, prevenirla y establecer un estándar para el manejo de todos los pacientes.

Como limitante de esta investigación, se considera el hecho que de las personas en estudio, solamente una de ellas cuenta con trabajo formal, por lo que la influencia del aspecto laboral con la frecuencia, intensidad y exacerbación de episodios de cefalea tensional no se pudo evaluar. Por tanto, mediante esta investigación se demostró la incidencia con la que se presentan los pacientes con cefalea tensional, fundamentados en criterios diagnósticos bien establecidos por la Sociedad Internacional de Cefalea 2013 (IHS por sus siglas en inglés), y de la poca importancia que se les presta a los mismos, al justificarlo como parte de otra dolencia principal o menospreciarlo y no darle el tratamiento y seguimiento adecuado.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período Mayo – Julio de 2016.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo que predisponen a los pacientes a padecer de cefalea tensional.
- Medir la intensidad del dolor en los pacientes con cefalea de características tensionales.
- Determinar las medidas farmacológicas o no farmacológicas adoptadas por la población y su efectividad ante episodios de cefalea tensional.
- Determinar los eventos socioculturales que desencadenan episodios de cefalea tensional en pacientes que consultan por tal padecimiento.

IV. MARCO TEÓRICO

Cefalea

Las cefaleas (caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común (Centro de Prensa, OMS 2016).

Frecuencia de las cefaleas

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de aproximadamente 50%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo han padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas (Centro de Prensa, OMS 2016).

¿Qué carga imponen las cefaleas?

La cefalea no solo es dolorosa sino también incapacitante. En el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, actualizado en 2013, la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad. Colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa.

Las cefaleas imponen además una carga personal bajo la forma de intenso sufrimiento, menoscabo de la calidad de vida y costos económicos. Las cefaleas frecuentes, así como el temor constante con respecto al siguiente episodio,

dañan la vida familiar, las relaciones sociales y el trabajo. Los esfuerzos prolongados que supone habérselas con una cefalea crónica pueden asimismo predisponer a la aparición de otras enfermedades; por ejemplo, la depresión y la ansiedad son significativamente más frecuentes en las personas aquejadas de migraña que en las sanas.

Cefalea tensional

Es la cefalea primaria más común. La cefalea tensional episódica, que se produce menos de 15 días al mes, se observa en más del 70% de ciertos grupos de población. La cefalea crónica, que se produce más de 15 días al mes, afecta al 1-3% de los adultos. La cefalea tensional a menudo empieza en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres en una relación de 3:2. Puede guardar relación con el estrés o con problemas osteomusculares del cuello.

Cuando es episódica, los episodios duran por lo general unas pocas horas, pero pueden persistir varios días. La cefalea tensional crónica puede ser constante y es mucho más incapacitante que la forma episódica. El paciente describe esta cefalea a menudo como una especie de banda de presión u opresión alrededor de la cabeza, que a veces se irradia al cuello o desde este.

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 cefalea tensional (IHS 2013).

La cefalea tipo tensional (CTT) es una patología que presenta gran variabilidad en su frecuencia, duración y severidad. En un estudio danés, se encontró que el 59 por ciento de las personas experimentó CTT un día al mes o menos, y el 37

por ciento varias veces al mes, con una prevalencia anual del 63 por ciento (hombres 56 por ciento, mujeres 71 por ciento). En la población total, el 3 por ciento sufría de CTT (hombres 2 por ciento, mujeres 5 por ciento). La relación hombres:mujeres es 4:5, lo que indica que a diferencia de la migraña, las mujeres resultan ligeramente más afectadas.

En ambos sexos se observó una prevalencia máxima a los 30-39 años que declinó con edades mayores. La edad promedio de inicio de la CTT es a los 25-30 años, y el promedio de duración de la CTT descrito es de 10,3-19,9 años. A pesar de que la CTT es la cefalea más prevalente y afecta al 78 por ciento de la población, no se le ha dado la suficiente importancia a su impacto individual y social, por lo que la mayoría de los pacientes no reciben tratamientos específicos. Esto se debe a la baja tasa de consulta médica y a la auto prescripción de fármacos. Adicionalmente, es muy difícil diferenciar la cefalea tipo tensional crónica de otras patologías como la migraña crónica y la cefalea secundaria al sobreuso de analgésicos. Debido a su alta prevalencia, el impacto socioeconómico de la CTT es mayor que el de cualquier otra cefalea. Los costos directos incluyen los gastos médicos y de los servicios de salud. De otro lado, los costos indirectos afectan la calidad de vida, disminuyen la capacidad de trabajo y generan ausentismo con la consiguiente pérdida de producción en la economía. La pérdida total de días de trabajo anual secundaria a la CTT es de 820 días por 1000 empleados, y la secundaria a la migraña es mayor de 270 días por 1000 empleados. En Dinamarca la CTT crónica representó el 10 por ciento de las ausencias laborales. (Neurol Colomb 2008;24:S14-S27).

Diagnóstico de Cefalea Tensional

La cefalea tipo tensional es una patología cuyo diagnóstico se basa en la presencia de dolor en ausencia de otros hallazgos que se observan en otras cefaleas primarias. La CTT se caracteriza por ser una cefalea de intensidad leve a moderada; la tercera clasificación de cefaleas de la Sociedad Internacional de

Cefaleas (SIC) acepta que la CTT se puede presentar en tres formas: infrecuente (menos de 1 día al mes o menos de 12 días al año); frecuente (más de 1 día al mes pero menos de 15, o más de 12 días al año y menos de 180); y crónica (más de 15 días al mes, o más de 180 días al año). La cefalea por lo general es bilateral, opresiva o de tipo pesadez; nunca se relaciona con síntomas migrañosos tales como vómito, fotofobia severa o sonofobia, y no empeora nunca con la actividad física ni la impide. Sólo se permite la presentación de uno de estos síntomas en la CTT crónica (CTTC) aunque su intensidad sea leve a moderada. El diagnóstico de CTT requiere la exclusión de otras alteraciones orgánicas. La ausencia de características específicas que definan la CTT puede explicar el por qué los médicos y los pacientes cuestionan el diagnóstico.

Clasificación de cefaleas y Cefalea tensional

La primera edición de la clasificación de las cefaleas de la International Headache Society (IHS), de 1988, diferenciaba entre CTT episódica (CTTE menos de 15 días al mes con dolor) y CTT crónica (CTTC 15 o más días al mes con dolor). La vigente clasificación de la IHS de 2013, “The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, March 2013” (ICHD III), distingue, según jerarquía, fenotipo, tipo y subtipo de dolor, frecuencia, cefaleas primarias o secundarias, volviendo a la clasificación inmensamente más compleja pero más precisa para efectos de tratamiento y epidemiología. En la parte I de la ICHD III se enumeran en primer momento las cefaleas primarias:

PARTE I: Cefaleas primarias

1. Migraña
2. Cefalea tensional
3. Cefaleas trigémino-autonómicas
4. Otras cefaleas primarias

PARTE II: Cefaleas secundarias

5. Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
6. Cefalea atribuida a trastornos vascular craneal y/o cervical
7. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
8. Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
9. Cefalea atribuida a infección
10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
11. Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, seno paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o craneales
12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

ICHD III: 2. Cefalea tensional

La dificultad diagnóstica más habitual en las cefaleas primarias es discriminar entre la cefalea tensional y la migraña sin aura con dolor leve. Esto es así porque los pacientes con cefaleas frecuentes suelen padecer ambos trastornos. Se ha sugerido una restricción de los criterios de diagnóstico para la 2. Cefalea tensional con la esperanza de excluir la migraña cuyo fenotipo se asemeja a la cefalea tensional. Este aumento en la especificidad conseguiría, al mismo tiempo, reducir la sensibilidad de los criterios.

2.1 CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA INFRECUENTE

Descripción Episodios de cefalea poco frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos

A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y que cumplen los criterios B-D.

B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.

C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Localización bilateral.

2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).

3. Intensidad leve o moderada.

4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.

D. Ambas características siguientes:

1. Sin náuseas ni vómitos.

2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

2.1.1 Cefalea tensional episódica infrecuente con hipersensibilidad pericraneal

Criterios diagnósticos

A. Los episodios cumplen los criterios de 2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente.

B. Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.1.2 Cefalea tensional episódica infrecuente sin hipersensibilidad pericraneal

Criterios diagnósticos

- A.** Los episodios cumplen los criterios de 2.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.
- B.** No se aprecia aumento de la sensibilidad pericraneal.

2.2 CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA FRECUENTE

Episodios frecuentes de cefalea, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos

- A.** Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses (≥ 12 y < 180 días al año) y que cumplen los criterios B-D.
- B.** Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.
- C.** Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
 - 3. Intensidad leve o moderada.
 - 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.

D. Ambas de las siguientes:

1. Sin náuseas ni vómitos.
2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

2.2.1 Cefalea tensional episódica frecuente con hipersensibilidad de la musculatura pericraneal

Criterios diagnósticos

- A.** Los episodios de cefalea cumplen los criterios de 2.2 Cefalea tensional episódica frecuente.
- B.** Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.2.2 Cefalea tensional episódica frecuente sin hipersensibilidad de la musculatura pericraneal

Criterios diagnósticos

- A.** Los episodios cumplen los criterios de 2.2 Cefalea tensional episódica frecuente.
- B.** No se aprecia aumento de la sensibilidad pericraneal.

2.3 CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA

Clasificado en otro lugar

- 4.10 Cefalea diaria persistente de reciente comienzo.

Esta modalidad crónicas evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente, con episodios de cefalea diarias o muy frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor opresivo o tensivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días, o sin remisión. Este dolor no empeora con

la actividad física habitual, pero podría estar asociado con náuseas leves, fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos

A. Cefalea que se presenta de media ≥ 15 días al mes durante más de 3 meses (≥ 180 días por año) y cumplen los criterios B-D.

B. Duración de minutos a días, o sin remisión.

C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Localización bilateral.

2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).

3. De intensidad leve o moderada.

4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.

D. Ambas de las siguientes:

1. Solamente una de fotofobia, fonofobia o náuseas leves.

2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

2.3.1 Cefalea tensional crónica con hipersensibilidad de la musculatura pericraneal

Criterios diagnósticos

A. Cefalea que cumple los criterios de 2.3 Cefalea tensional crónica.

B. Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.3.2 Cefalea tensional crónica sin hipersensibilidad de la musculatura pericraneal

Criterios diagnósticos

- A. Cefalea que cumple los criterios de 2.3 Cefalea tensional crónica.
- B. No se aprecia aumento de la sensibilidad pericraneal.

2.4 CEFALEA TENSIONAL PROBABLE

Descripción

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 que no cumplen los criterios de ninguna otra cefalea. Comentario Los pacientes que cumplen uno de estos criterios pueden también cumplir los criterios para algunas de las subformas de 1.6 Migraña probable. En tales casos, debe utilizarse otra información para decidir cuál de las alternativas es más verosímil.

2.4.1 Cefalea tensional episódica infrecuente probable

Criterios diagnósticos

- A. Una o más crisis de cefalea cumplen todos menos uno de los criterios A-D de la 2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente, salvo por uno.
- B. No cumple los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.
- C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

2.4.2 Cefalea tensional episódica frecuente probable

Criterios diagnósticos

- 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 cumple los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

2.4.3 Cefalea tensional crónica probable

Criterios diagnósticos

A. Cefalea que cumple todos menos uno de los criterios A-D de la 2.3 Cefalea tensional crónica.

B. No cumple los criterios de la ICHD-III de otra cefalea.

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Medición del dolor – Escala Visual Análoga EVA

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.

La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ± 2 mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 7 implica la presencia de dolor moderado-severo, y un valor superior a 7 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3 puntos (Anesth Analg. 1998; 86:102-6).

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico es una de las modalidades terapéuticas que se deben utilizar siempre en la prevención de las cefaleas primarias. Estas técnicas incluyen una dieta adecuada, la implementación de una actividad física regular, la eliminación de hábitos como el consumo de cigarrillo y licor, el establecimiento de límites máximos para el consumo de analgésicos, y la educación respecto a cuál medicamento se debe escoger para el dolor, y cómo y cuándo tomarlo. Adicionalmente es importante detectar y tratar a los pacientes con trastornos afectivos o psiquiátricos.

La terapia no farmacológica se puede subdividir en tres grupos: acupuntura, relajación muscular progresiva con entrenamiento autogénico o relajación pasiva y meditación, y biofeedback o retroalimentación. Aunque los resultados han sido contradictorios, se sugiere que las técnicas de relajación corporal y el biofeedback (a través de las cuales se evocan respuestas de relajación) pueden ser útiles para reducir la actividad muscular pericraneal, lo que produce una disminución de la cefalea en cerca del 50 por ciento.

Otras modalidades que se utilizan para el control de dolor son la modificación comportamental y el manejo del estrés, las terapias físicas como la acupuntura y la inyección de puntos dolorosos, el entrenamiento postural y ergonómico, las

técnicas calóricas (calor/frío) e incluso el uso de estimuladores eléctricos transcutáneos (TENS). En un estudio en el que se combinó el uso de técnicas de relajación con la administración de amitriptilina (hasta 100 mg/día) o nortriptilina (hasta 75 mg/día) se observó que la combinación de ambas terapias fue superior a cada una por separado. De esta manera se logró una disminución de los índices de cefalea por lo menos del 50 por ciento en 64 por ciento de pacientes, que fue mayor al 38 por ciento observado con el uso de tricíclicos, 35 por ciento con técnicas de manejo del estrés y 29 por ciento con placebo.

Adicionalmente es importante confirmar en el paciente la ausencia de lesiones estructurales en el cerebro que puedan poner en riesgo su vida, y conocer y manejar los factores psicológicos disparadores (familiares o laborales). También es importante recalcarle al paciente que el término cefalea tipo tensional no se refiere a que el dolor es originado por estrés o factores emocionales, sino que por el contrario esta definición se refiere solamente a la sensación de dolor tipo opresión o pesadez desencadenada probablemente por la actividad muscular externa, y aunque los factores emocionales (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo) se encuentran con alta frecuencia en los pacientes con CTT (CTT episódica: ansiedad 60%, depresión 32%; CTT crónica: ansiedad 44%, depresión 40%) debido a los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, se considera que son factores perpetuadores o cronificadores del dolor (Acta Neurol Colomb 2008;24:S14-S27)

Como la evidencia científica para la selección de las modalidades terapéuticas en la CTT es insuficiente, con frecuencia el mejor tratamiento se encuentra por ensayo-error. Las tasas de eficacia son similares entre las diferentes modalidades de tratamiento, y al parecer los resultados están directamente relacionados con el tipo de profesional que ofrece el tratamiento (sicólogos - biofeedback, médicos - fármacos)

Para tratar las cefaleas como es debido se necesita que los profesionales sanitarios estén bien capacitados, que la detección y el diagnóstico del trastorno sea exactos, que se proporcione tratamiento con medicamentos eficaces, y la prescripción de modificaciones sencillas del modo de vida y la educación del paciente. Estas son las clases principales de medicamentos específicos para tratar las cefaleas: analgésicos, antieméticos, antimigrañosos y productos profilácticos.

Respecto a la cefalea tensional (Tension-type headache) existen 2.506 estudios desde 1947 hasta la actualidad. Cuando la búsqueda se realizó acompañada de una palabra clave relacionada con el tipo de tratamiento fisioterápico, encontramos que se realizaron numerosos estudios sobre terapia física (physical therapy) (Eur J Ost Rel Clin Res. 2013;8(1):2-10)

La efectividad de las terapias manuales en el tratamiento de la CT parece evidente teniendo en cuenta que las cefaleas tensionales, son aquellas en las que no se puede especificar una causa concreta que las motive y que las diferencia de las secundarias, o de causa conocida. Además, la contractura de la musculatura pericraneal y el estrés desempeñan un papel fundamental en su fisiopatología, con participación de mecanismos de sensibilización central y periférica que justifican la presencia de hipersensibilidad dolorosa pericraneal y un umbral del dolor disminuido.

Existen tratamientos que se han estudiado a lo largo del tiempo tanto farmacológicos como los basados en terapia físicas, manipulativas y osteopáticas. Sin embargo, no sabemos en qué terapias existe escasez de estudios, y si los estudios científicos existentes muestran efectividad en la aplicación de las diferentes terapias y si se han efectuado evaluaciones en los diferentes ámbitos de repercusión en los pacientes con CT.

Van Ettehoven y Lucas realizaron un ensayo multicéntrico, controlado aleatorio durante 6 semanas, con evaluación inmediatamente después, y seguimiento a

los 6 meses. El objetivo fue determinar la eficacia de un programa de ejercicios cráneo-cervicales combinados con otros tratamientos de fisioterapia en pacientes con CT. Participaron en el estudio 81 sujetos, con una media de edad de 48. El grupo de terapia recibió tratamiento que incluyó técnicas de masaje con roces y fricciones, técnicas de movilización pasiva rítmica, basadas en el método Maitland y reeducación postural cervical, dorsal y lumbopélvica junto con ejercicios cráneo-cervicales con banda elástica de látex (150 centímetros), y el grupo de control recibió el mismo tratamiento, pero no realizó los ejercicios cráneo-cervicales.

Anderson y Seniscal en 2006 realizaron un estudio con el objetivo de comparar los efectos del tratamiento basado en la relajación muscular progresiva con la relajación muscular progresiva junto con técnicas de terapia articular, técnicas funcionales, músculo-energía, osteopatía y técnicas de tensión/contra tensión. Practicaron ejercicios de relajación durante 20 minutos en sus domicilios, mientras que el grupo experimental recibió además 3 tratamientos osteopáticos (1 por semana) que se centraron en la pelvis, cráneo, cervicales y la columna torácica superior, clavículas y costillas superiores. Todos los sujetos registraron diariamente la frecuencia e intensidad del dolor durante 2 semanas antes del tratamiento, y durante el tratamiento. La frecuencia de dolor por semana disminuyó significativamente en el grupo experimental ($p=0,016$), pero en otras dos mediciones, como el nivel de mejoría del dolor y la intensidad de la cefalea no resultó estadísticamente significativa. El grado de dolor también mejoró el 57,5%, mientras que en el grupo de control fue el 15,6%.

En el estudio realizado por Castien et al. en 2011 evaluaron la eficacia de la terapia manual en la CT crónica con 82 sujetos que fueron asignados aleatoriamente: 41 con tratamiento de terapia manual y 41 con tratamiento médico de atención primaria (TMAP). Se aplicó la combinación de movilizaciones de la columna cervical y torácica, ejercicios de corrección postural durante 8

semanas, un máximo de 9 sesiones de 30 minutos de duración. Se evaluó al final del tratamiento y se realizó un seguimiento a las 26 semanas e incluyó la frecuencia de dolor, el uso de fármacos, la severidad de la cefalea, el impacto y la discapacidad producida por el dolor, la algometría, la fuerza de los flexores cervicales y la movilidad cervical.

Tratamiento farmacológico

Los analgésicos simples y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se utilizan ampliamente para la terapia abortiva aguda. Sin embargo, no existe un tratamiento específico selectivo para la CTT. Como en el tratamiento para migraña, se pueden utilizar analgésicos simples como aspirina, acetaminofén, AINES, antipiréticos como dipirona y analgésicos combinados. Los relajantes musculares no se consideran efectivos en el tratamiento agudo de CTT, y por el contrario tienen un alto riesgo de habituación. Se sugiere el tratamiento preventivo para la CTTC o la CTTE muy frecuente, el cual se realiza con medicamentos que se utilizan también para la profilaxis de migraña, aunque sólo existen estudios aleatorios controlados con placebo con demostrada eficacia para la amitriptilina, la fluoxetina y la tizanidina.

Tratamiento agudo

El objetivo del tratamiento agudo es permitir una mejoría rápida y consistente de la cefalea y de los síntomas asociados, sin efectos adversos y sin recurrencia. En los pacientes con migraña la selección de un medicamento desde el punto de vista médico se realiza con base en las características de la cefalea, como la intensidad, el pico máximo de dolor, la rapidez del inicio de acción del medicamento, la presencia de síntomas asociados, el grado de discapacidad y la respuesta individual del paciente. De otra parte, para los pacientes las características más importantes son la ausencia de dolor, la rapidez de acción, la no recurrencia de la cefalea, la tolerabilidad, la disponibilidad del medicamento, la accesibilidad de costos, y la satisfacción global, características que también

podieran ser importantes en la selección de los tratamientos para los pacientes con CTT.

La aspirina (500 o 1000 mg) es más efectiva que el placebo, y su efecto es comparable al del paracetamol (500 o 1000 mg). De otro lado, el ibuprofeno (400 u 800 mg) es más efectivo que el paracetamol 1000 mg, e incluso el ibuprofeno 200 mg es superior a la aspirina 500 mg. Cinco estudios comparativos sugieren que el ketoprofeno 50 mg es más efectivo que el ibuprofeno 200 mg o el paracetamol 1000 mg, sin embargo el ketoprofeno 12,5 o 25 mg no es superior al paracetamol. El naproxeno 550 mg demostró ser más efectivo que el paracetamol o el placebo, y 220 mg son igualmente efectivos que 200 mg de ibuprofeno. La tasa de ausencia de dolor a las dos horas con el uso de AINES para el tratamiento de la CTT es baja, 32% con ketoprofeno 50 mg, y 28 % con dosis de 25 mg; 17-22 % con paracetamol 1000 mg; 17% con placebo. Desde el punto de vista de seguridad gastrointestinal, el ibuprofeno se asocia con un menor riesgo de sangrado o perforación, seguido por el naproxeno, en tanto que el ketoprofeno tiene el mayor riesgo. Por todos estos hallazgos, se considera que el ibuprofeno 400-800 mg es el medicamento de elección para la CTT, seguido por el naproxeno sódico 275-550 mg. Aunque en algunos estudios el uso de medicamentos analgésicos combinados con cafeína o sedantes ha demostrado un aumento de su potencial analgésico, no se debe promover extensamente su uso por el riesgo inherente de dependencia, abuso y cronificación de la cefalea (Acta Neurol Colomb 2008;24:S14-S27).

Carga económica y social de las cefaleas

Las cefaleas son un motivo de inquietud para la salud pública habida cuenta de la discapacidad que las acompaña y de los costos económicos para la sociedad. Como ocasionan más problemas en los años productivos (desde finales de la adolescencia hasta los cincuenta), se calcula que los costos económicos para la sociedad —relacionados principalmente con las horas de trabajo que se pierden

y la mengua de la productividad— son enormes. En el Reino Unido, por ejemplo, cada año se pierden unos 25 millones de días de trabajo o de escuela por causa de la migraña; este costo económico puede ser igual al que causan la cefalea tensional y la cefalea diaria crónica combinada. La cefalea es una de las causas principales de consulta médica; en un estudio, una tercera parte de las consultas neurológicas fueron motivadas por este síntoma.

Centrándonos en el impacto que puede tener el dolor en la calidad de vida, entendemos que los episodios repetidos de dolor y el temor a que aparezca la próxima crisis influyen en la vida familiar, social y laboral de quienes lo padecen. El esfuerzo a largo plazo de hacer frente al dolor, y a una cefalea crónica, en particular, también puede influir en el desarrollo de otros problemas: en este sentido, se ha encontrado que la depresión es tres veces más común en las personas con migraña o dolores de cabeza severos que en los individuos sin dichos dolores. Se trata, por tanto, de un problema que afecta a la calidad de vida, sobre todo, en el caso de las personas que padecen cefaleas crónicas (OMS 2011).

A pesar de todo, muchas personas que padecen cefaleas no reciben una atención eficaz. Por ejemplo, en Estados Unidos y el Reino Unido tan solo la mitad de las personas a quienes se les ha diagnosticado migraña han consultado con un médico por motivos relacionados con el dolor de cabeza en los 12 meses precedentes, y sólo dos terceras partes han recibido el tratamiento correcto. La mayoría dependía exclusivamente de medicamentos de venta sin receta.

Barreras que impiden la atención eficaz

En el ámbito clínico, la barrera principal es el desconocimiento del personal sanitario. Por término medio, en todo el mundo se dedican únicamente cuatro horas a la instrucción sobre las cefaleas en los planes de estudio de licenciatura. El diagnóstico y tratamiento profesional se establece en una minoría de estos

pacientes: un 40% de los aquejados de migraña y cefalea tensional, pero apenas un 10% de los que sufren la cefalea por uso excesivo de analgésicos.

La gente tampoco sabe mucho de las cefaleas. La población general no considera que las cefaleas sean una enfermedad grave porque se presentan generalmente por episodios, no son mortales ni se contagian. Las tasas bajas de consulta en los países desarrollados pueden indicar que muchos enfermos desconocen la existencia de tratamiento eficaz; se calcula que la mitad de las personas que padecen cefalea se tratan ellas mismas.

Como muchos gobiernos pretenden limitar los costos de la asistencia sanitaria, no reconocen que las cefaleas imponen una carga considerable a la sociedad. Es probable que no se den cuenta de que los costos directos del tratamiento de las cefaleas son ínfimos si se comparan con los enormes ahorros que podrían lograrse en el apartado de los costos indirectos (por ejemplo, al reducir los días de trabajo perdidos) si se asignan recursos suficientes a su tratamiento.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio fue de tipo cuantitativo para definir la magnitud del problema. Por la finalidad y el alcance de los resultados obtenidos se trató de un estudio de tipo descriptivo, en el cual se interpretaron los datos según los resultados recabados mediante su tabulación y posterior análisis a través de gráficos, desarrollando así un estudio, según el seguimiento cronológico de la investigación de tipo prospectivo y transversal

Área y periodo de estudio

El área de estudio fue el área geográfica de influencia de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, en el municipio de Tamanique, departamento de La Libertad, y el periodo en el cual se realizó dicha investigación fue en mayo – julio de 2016.

Universo y muestra

- **Universo:** se tomó como universo de estudio a la población habitante área geográfica de influencia de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, los cuales son 2636 habitantes según el Plan Operativo Anual 2016 de la UCSF Buenos Aires.
- **Muestra:** se seleccionó por muestreo no probabilístico discrecional, a las personas que atendieron a su cita en la consulta externa entre 7:30 am y 3:30 pm, considerando si cumplieron o no los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Las personas en quienes se aplicó el instrumento de investigación, serán tomadas en cuenta de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 10 años que consultan por cefalea de carácter tensional en la UCSF B Buenos Aires, Tamanique.

Criterios de exclusión

- Persona que posea un déficit mental o neurológico que impida contestar el instrumento de recolección de datos.
- Poseer un diagnóstico de base dentro de las condiciones consideradas para cefalea secundaria en la Sociedad Internacional de Cefaleas.
- Personas que no deseen formar parte de la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de base de Hipertensión arterial crónica.
- Pacientes femeninas en edad fértil y en programa de planificación familiar con métodos hormonales orales o inyectables.

Operacionalización de variables

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1: Identificar los factores de riesgo que predisponen a los pacientes a padecer de cefalea tensional.							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Factores de riesgo	Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Factor de riesgo: son las condiciones particulares de una persona, que por el hecho de su presencia o ausencia, predisponen al padecimiento de ciertas enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Ocupación - Escolaridad - Estado civil - N° de hijos - Fórmula obstétrica - Fecha de última menstruación 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo: M – F - Edad: edad > 10 años - Ocupación - Escolaridad: Primaria, secundaria, bachillerato, técnico, universitario, ninguno - N° de hijos - Fórmula obstétrica G_P_P_A_V_ - Fecha de última menstruación 	Fuente primaria mediante los pacientes de consulta externa de la UCSF B Buenos Aires, Tamanique	Entrevista	Guía de entrevista Elaborado con preguntas abiertas y cerradas según sea el caso.

- **OBJETIVO ESPECIFICO Nº 2:** Medir la intensidad del dolor en los pacientes con cefalea de características tensionales.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Intensidad del dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño	Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.	Valor máximo del dolor. Valor mínimo del dolor.	Escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor, y 10 es el máximo dolor.	Fuente primaria mediante los pacientes de consulta externa de la UCSF B Buenos Aires, Tamanique	Entrevista	Guía de entrevista Elaborado con preguntas abiertas y cerradas según sea el caso.

- **OBJETIVO ESPECIFICO Nº 3:** Determinar las medidas farmacológicas o no farmacológicas adoptadas por la población y su efectividad ante episodios de cefalea tensional.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Tratamiento de cefalea tensional	Tratamiento: es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.	Tratamiento: prácticas farmacológicas o no farmacológicas realizadas por la población para aliviar su padecimiento	Fármacos consumidos durante episodios de cefalea tensional, eficacia de tratamiento farmacológico, estrategias no farmacológicas para reducir el dolor	- Fármacos consumidos en episodios de cefalea tensional: SI – NO, indicados por médico o automedicados, ¿cuáles? - Estrategias para disminuir el dolor Evitar el contacto con otras personas, evitar estimulación, reposar o descansar, presionar la zona del dolor.	Fuente primaria mediante los pacientes de consulta externa de la UCSF B Buenos Aires, Tamanique	Entrevista	Guía de entrevista Elaborado con preguntas abiertas y cerradas según sea el caso.

OBJETIVO ESPECIFICO Nº 4: Determinar los eventos socioculturales que desencadenan episodios de cefalea tensional en pacientes que consultan por tal padecimiento.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Riesgo de presentar episodios de cefalea tensional	Riesgo: Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.	Riesgo de presentar episodios de cefalea tensional: probabilidad de una persona de sufrir, según su estilo de vida, episodios de cefalea tensional	- Estresores laborales y familiares	- Tiempo de desempeñarse en su trabajo actual. - Nivel de satisfacción en su trabajo actual. - Situación y ambiente familiar.	Fuente primaria mediante los pacientes de consulta externa de la UCSF B Buenos Aires, Tamanique	Entrevista	Guía de entrevista Elaborado con preguntas abiertas y cerradas según sea el caso.

Procedimiento para la recolección de información

- **Fuentes de obtención de la información**

La información fue obtenida a partir de una fuente primaria, a través del contacto directo con los sujetos de estudio, pacientes de la consulta de la UCSF Buenos Aires, haciendo uso de la guía de entrevista, previo consentimiento informado.

- **Técnicas de obtención de la información**

La técnica utilizada fue la entrevista para recolectar datos con un instrumento previamente diseñado y añadiendo ítems relacionados a los factores de riesgo presentes en la población. Esto permitió establecer una relación directa con el sujeto de estudio, al mismo tiempo que se facilitó la obtención de la información necesaria para la investigación.

- **Instrumentos de recolección de la información**

El instrumento utilizado fue la guía de entrevista; el cual consistió en preguntas de tipo cerrada, de opción múltiple, de múltiple escoge, asimismo una pregunta abierta. Además presenta la ventaja del anonimato de la persona entrevistada. Sin olvidar que este es un instrumento de bajo costo.

- **Procesamiento y análisis de la información**

Los programas que se utilizaron para procesar los datos fueron:

Microsoft Office Excel 2013 ya que es un programa de fácil manejo, y que es de gran utilidad para crear tablas, gráficos y cálculos matemáticos.

Microsoft Office Word 2013, con el cual se dio entrada a las interpretaciones realizadas a partir de los datos y graficas obtenidos por Microsoft Office Excel 2013.

Los datos fueron manejados por la estadística descriptiva el cual brindó facilidad para recolectar, presentar y caracterizar el conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las diversas características de ese conjunto. Además los resultados analizados se presentaron mediante diversos gráficos que ilustren con su frecuencia, porcentaje y análisis respectivo.

VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presentación de los resultados obtenidos en la investigación, comenzará con una caracterización demográfica de la población estudiada, y que ciertamente puede también tener influencia como factores de riesgo para cefalea tensional. El 96% de las personas estudiadas, son de sexo femenino contra el 4% que representaba la población masculina, equivalente a solo un sujeto de los 27 en total (Anexo 3, gráfico 1). Los grupo etarios (Anexo 3, gráfico 2) la mayoría oscilaba entre 30 y 39 años (26%) seguido de 20 a 29 años y 10 a 19, ambos grupos 22% y la menor población que corresponde a adultos mayores (4%).

Respecto a la ocupación de las personas en estudio (Anexo 3, gráfico 3), un total de 23 personas (85%) son amas de casa, 3 estudiantes (11%) y solo una paciente contaba con un trabajo formal como operaria. El grado de escolaridad de los sujetos de estudio es bastante variado pero más concentrada entre 4° a 6° grado, teniéndose que la mayoría de la población cursó 6° grado (22%) seguido de 4° grado (15%) y 3°, 5° 9° y bachillerato todos con igual cantidad de personas (11%) (Anexo 3, gráfico 4); ninguno de los entrevistados posee estudio universitario y finalmente el estado civil de las personas (Anexo 3, gráfico 5), cerca de la mitad de éstos (48%) se encuentran acompañados, seguidos de pacientes que están solteros (26%), casados (22%) y una persona que se encuentra viuda (4%).

Para tener un panorama más amplio sobre la frecuencia de la cefalea tensional en la población estudiada y que tan periódicos son los episodios, se indagó sobre los episodios sufridos en el último año (Anexo 3, gráfico 6) para posteriormente hacer una relación de periodicidad de estos, encontrándose que la gran mayoría de pacientes (45%) ha presentado en el último año un total de 5 a 10 episodios, seguido de menos de 5 episodios (26%) y solo 22% presentó de 10 a 15 episodios, ningún paciente ha presentado más de 15 episodios y solamente 2 de

ellos (7%) manifestaron no haber presentado cefalea en este último año; por lo que, para delimitar aún más la frecuencia y establecer un promedio de frecuencia, se indaga sobre los episodios en el último mes (Anexo 3, gráfico 7), donde casi la mitad de los pacientes (48%) refiere menos de 5 episodios, muy de cerca de los que presentaron 5 a 10 episodios (41%), ninguno ha presentado más de 15 episodios y solamente dos pacientes refieren no haber presentado ningún episodio en el último mes.

Establecida la frecuencia, se estudia sobre la intensidad de los episodios de cefalea, que si bien es un dato muy subjetivo, mediante una escala numérica es posible trazar cierto patrón de intensidad, al cuestionar sobre el nivel máximo de dolor, basándose en una escala de 1 a 10 donde 1 es el mínimo dolor y 10 el máximo, y también sobre el mínimo dolor, en una escala de 1 a 10; con este parámetro, la intensidad máxima presentada por un paciente fue de 9 y la mínima, 1; oscilando los demás pacientes entre estos valores y con un promedio de intensidad máxima de 6.2 y mínima 2.2, presentándose por tanto una media de intensidad del dolor de 4.2 entre el total de la población (Anexo 3, gráfico 8). Este valor ciertamente puede verse afectado también por la duración del episodio, encontrándose en esta investigación, que la mayoría de las personas presentan episodios que duran entre 2 a 4 horas (44%), seguido de 4 a 8 horas (26%) y solamente 11% dura más de 8 horas. Ningún paciente presenta episodios menores a una hora (Anexo 3, gráfico 9).

Para determinar si existen antecedentes de una posible causa secundaria de cefalea, se busca determinar un diagnóstico previo de cefalea (Anexo 3, gráfico 10), encontrándose que 6 pacientes han sido previamente diagnosticados por su cefalea, y todos ellos son específicamente por cefalea tensional. El resto de la población (78%) aún no ha recibido un diagnóstico preciso.

Al ser la cefalea tensional una afección muy frecuente, es común la medicación por parte de los pacientes, ya sea que haya sido dada por un médico o sea ésta

auto administrada (Anexo 3, gráfico 11), encontrándose que de toda la población, consume algún medicamento, que bien puede ser medicado por un profesional de la salud (22%) o auto administrado (78%), siendo el más común en ambos casos, el acetaminofén como el primer escoge para estos casos, seguido del complejo vitamínico B (Anexo 3, gráfico 12).

Es importante considerar también ante los tratamientos que siguen los pacientes, que muchas veces el consumo o no de estos se ve motivado también por la intensidad del mismo, pues muchas personas con valores de dolor leves (1 a 4 según EVA) pueden considerar solo un reposo, pero en esta investigación, la intensidad mayor de dolor (mayor de 7 según EVA) abarca el 55% de la población, una porción en la que la gran mayoría utilizan acetaminofén como primera medida farmacológica (8 de 15 pacientes) seguido del complejo vitamínico B (2 de 15 pacientes) para el valor de 7, en intensidades mayores el uso varía entre acetaminofén, AAS y complejo vitamínico B (Anexo 3, gráfico 13). En ambos casos, ya sea un medicamento auto indicado o prescrito por un médico, las personas también juzgan su eficacia, indicando que, ya sea que este haya sido indicado o auto administrado, la mayoría (52%) considera que es un manejo que en ocasiones es efectivo, mejor valoración da el 37% que lo considera moderadamente efectivo y solo un paciente considera el manejo como el adecuada, asegurando que siempre tiene resultados positivos (Anexo 3, gráfico 14)

Como bien se ha visto, la cefalea es una entidad que afecta también en el diario vivir de las personas, por lo que se investiga sobre la afectación que tiene en actividades tanto de la vida diaria (Anexo 3, gráfico 15) como en tiempo de ocio (Anexo 3, gráfico 16), teniéndose que, en el último mes 14 de los 27 entrevistados nunca ha suspendido sus actividades de la vida diaria, 9 entrevistados se han visto afectados entre uno y 5 días, 4 de 5 a 10 días, pero ninguno ha suspendido sus actividades por más de 10 días. Lo contrario sucede en las actividades de

ocio y esparcimiento familiar, en las que la mayoría prefiere no suspenderlas (67%) y solo 33% se afectan entre uno y 5 días, pero nadie más allá de ese período, pues puede ser también una especie de terapia, como también pueden ser las otra manifestadas por los pacientes tales como reposo, practicado por 15 de los pacientes, generalmente en combinación con otra técnica que incluye masajes en la zona del dolor, evitar estímulos como luz y sonidos fuertes, así como con personas, y otros que prefieren solamente la medicación sin ningún otro método de alivio como lo manifestaron 5 personas del total de la población (Anexo 3, gráfico 17).

Finalmente para indagar sobre factores predisponentes se preguntó a las personas sobre eventos específicos en su dinámica socioeconómica que consideren han repercutido negativamente en su persona y han aumentado la frecuencia de episodios de cefalea tensional, englobándose entre las respuestas, aspectos que van más frecuentemente en problemas interpersonales y familiares como lo manifestaron 7 pacientes, situación económica de pobres condiciones referida también por 7 personas, seguido de aspectos laborales por no encontrar empleo o haberlo perdido, y finalmente por la violencia social que ha afectado a dos de las personas entrevistadas (Anexo 3, gráfico 18).

Establecidos estos resultados del estudio realizado, se pueden estos comparar con la teoría conocida para sustraer un análisis más apegado a las condiciones de la población estudiada.

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación demuestra la frecuencia de consultas por cefalea de carácter tensional en los pacientes que asisten a la UCSF Buenos Aires, Tamanique. Así como los factores de riesgo que los predispone a dicha enfermedad, la identificación de pacientes con riesgo para poder prevenir la dolencia de manera oportuna, la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico, no farmacológico, además de su efectividad.

Para el estudio se toman los pacientes que consultan por cefalea de carácter tensional, en donde para diagnosticarla se toman las siguientes características: localización en la región frontal, bilateral, de carácter opresivo, de intensidad leve-moderada, sin náuseas, fotofobia, ni sonofobia, que no se exacerba con la actividad física, y que a la fundoscopia no hubieron anormalidades, y que por clínica se descartan otros tipos de cefalea.

De los resultados obtenidos de esta investigación, se observa que la muestra que llegó a consultar con más frecuencia por cefalea de carácter tensional es de sexo femenino, debido al predominio de la cultura patriarcal que existe en la zona de estudio y es la mujer quien busca atención médica al presentar alguna patología a diferencia del hombre, con una diferencia de 291 consultas femeninas y 41 consultas masculinas en el periodo de estudio; con mayor predominancia de edad entre 30 a 39 años, lo cual concuerda con los datos epidemiológicos expuestos en el marco teórico; y cuyo estado civil es el acompañamiento.

En cuanto a las características de los cuadros de cefalea estudiados, en el último año, la frecuencia de cefaleas que acusa el 45% de la población estudiada es de 5 a 10 episodios, y en el último mes el 48% de refiere que ha presentó menos de 5 episodios. Se evaluó la intensidad de dolor durante los episodios con la escala visual análoga (EVA) y se encontró un promedio de intensidad máxima de 6.2 y

mínima 2.2. Además, en cuanto a la duración de episodios se concuerda que los episodios son menores de 1 día, con mayor predominancia de 2 a 4 horas, según lo investigado. Por lo que por sus características y por su periodicidad se puede concluir que la población padece cefalea tensional episódica infrecuente, ya que cumple con los criterios diagnósticos A, B, C y D establecidos por la Sociedad Internacional de Cefalea.

A pesar de que la cefalea tensional es una afección muy frecuente, es poca la población que ha sido diagnosticada previamente con esta patología. Esto es debido a que la población prefiere automedicarse para resolver su dolencia, y a la cabeza el fármaco más utilizado el acetaminofén, independientemente de la intensidad del dolor que padezca el paciente con cefalea tensional, puesto que es un analgésico accesible que no necesita de receta médica para poder conseguirla, se administra por vía oral y se evidenció que tiene resultados positivos, con efectividad ocasional en la mayoría de la población estudiada. Además que la población realiza la combinación de terapias tales como el reposo, masaje en la cabeza, evitar estímulos fuertes, con el fin de disminuir su dolencia.

Respecto a la afectación en el diario vivir en la vida cotidiana de los pacientes, en sus actividades diarias no presentan suspensión de actividades, y en caso que lo hagan no es mayor de 10 días. A diferencia de las actividades familiares donde se prefiere no suspenderlas. Lo que demuestra el bajo grado de discapacidad que provoca este tipo de cefaleas en la comunidad.

De las limitantes que se encontraron en este estudio es que la población estudiada no desempeña actividades laborales por lo que no pudo demostrarse si hay relación con la satisfacción laboral y la frecuencia de cefaleas. Por lo que se indago en el ámbito social de la población, y se demostró que los factores interpersonales, económicos, laborales y de violencia social, aumenta la frecuencia de cefalea de carácter tensional en la población estudiada.

VIII. CONCLUSIONES

- La cefalea tensional fue la segunda causa de consulta más frecuente por los pacientes que asistieron a la UCSF Buenos Aires, Tamanique.
- La población más afectada que consulta por cefalea tensional, es la población femenina.
- La intensidad del dolor reportada en los pacientes consultantes oscila entre leve a moderada intensidad según la escala de medición EVA del dolor.
- En el 78% de los pacientes existe un régimen de automedicación con diversos fármacos en donde el 75% de ellos son analgésicos, y el 22% de los pacientes son las que consumen un medicamento que ha sido indicado por un médico durante una consulta, relacionado que las personas no consultan ante cada episodio de cefalea que presentan, y practican las mismas medidas adoptadas en experiencias previas, independientemente de la efectividad que evidencien.
- El uso de Acetaminofén y Complejo Vitamínico B representa el manejo farmacológico más utilizado por los pacientes con cefalea tensional, obteniendo una respuesta eficaz de manera ocasional, independientemente de la intensidad del dolor reportada por los pacientes.
- De las personas que consulta por cefalea tensional, en el 49% de los casos hay suspensión o interrupción de las actividades cotidianas entre 1 a 5 días consecutivos.
- Existe al menos un factor estresante de índole económica o sociocultural con el 78% de los pacientes que consultan por cefalea tensional.

IX. RECOMENDACIONES

- Estandarizar un protocolo de manejo para la cefalea tensional detectada en el primer nivel de atención siguiendo las guías internacionales de cefalea aplicables en El Salvador.
- Promocionar grupos de apoyo psicológico con los pacientes que presentan cefalea tensional que manifiestan factores estresores.
- Incluir en el cuadro básico de medicamentos del primer nivel de atención fármacos recomendados por las guías internacionales de cefalea.
- Capacitar al personal médico para que pueda hacer un diagnóstico clínico adecuado de cefalea tensional según los criterios de las guías internacionales de cefalea.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonaci F, Fredricksen TA, Sjaastad O. ***Cervicogenic Headache: Clinical presentation, diagnostic criteria and differential diagnosis.*** Curr Pain Headache rep 2001; 5: 387-392.
- Ashina M, Simonsen H, Bendtsen L, Jensen R, Olensen J. ***Glyceryl trinitrate may trigger endogenous nitric oxide production in patients with chronic tension-type headache.*** Cephalalgia 2004; 24: 967-972.
- Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. ***In vivo evidence of altered skeletal muscle blood flow in chronic tension-type headache.*** Brain 2002; 125: 320-326.
- DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, et al. ***The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale.*** Anesth Analg. 1998; 86:102-6
- Gemma Victoria Espí-López (PT,PhD,DO); Alberto Marcos Heredia Rizo (PT, PhD); Jesús Oliva Pascual-Vaca (PT,PhD,CO). ***Abordajes Terapéuticos No Farmacológicos para el Tratamiento de la Cefalea Tensional. Revisión bibliográfica.*** European Journal of Osteopathy & Related Clinical Research, Eur J Ost Rel Clin Res. 2013;8(1):2-10
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). ***The International Classification of Headache Disorders,3rd edition (beta version).*** Cephalalgia 33(9) 629–808.
- Kopf A (MD), Patel N (PhD). ***Guide to Pain Management in Low-Resource Settings.*** International Association for the Study of Pain; Washington DC; 2005.
- Michel Volcy Gómez. ***Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento.*** Acta Neurol Colomb 2008;24:S14-S27.

- Ministerio de Salud. **SIMMOW MorbiMortalidad + Estadísticas Vitales** [base de datos en Internet]. Ministerio de Salud, República de El Salvador, C.A; 2009 - [fecha de acceso 26 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://simmow.salud.gob.sv/login.php>
- World Health Organization. **Atlas of headache disorders and resources in the world 2011**. Geneva; WHO, 2011.

XI. ANEXOS

Anexo 1.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



FORMULARIO PARA DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES QUE CONSULTAN POR CEFALEA TENSIONAL

Objetivo general: Determinar la frecuencia y factores de riesgo en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la unidad comunitaria de salud familiar Buenos Aires, Tamanique.

Instrucciones: Favor llenar cada campo según la información solicitada.

Sexo M F Edad _____ Ocupación _____

Fórmula obstétrica _____ FUR _____ PF SI NO Método _____

Escolaridad _____ Estado civil _____ N° de hijos ____ TA _____

1. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor de cabeza en el último año?

_____ Ninguna	_____ 10 a 15 episodios
_____ 1 a 5 episodios	_____ 15 a 20 episodios
_____ 5 a 10 episodios	_____ Más de 20 episodios

2. ¿Con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el último mes?

_____ Ninguna	_____ 10 a 15 episodios
_____ 1 a 5 episodios	_____ 15 a 20 episodios
_____ 5 a 10 episodios	_____ Más de 20 episodios

3. Este último mes ¿Cuál es la intensidad máxima que ha sentido?

Mínimo dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

4. Este último mes ¿Cuál es la intensidad mínima que ha sentido?

Mínimo dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

5. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿Cuánto tiempo dura el episodio?

Menos de 1 hora

4 a 8 horas.

1 a 2 horas

8 a 12 horas.

2 a 4 horas

Más de 12 horas

6. ¿Ha sido diagnosticado su dolor de cabeza por un médico?

SI

NO (Pase a pregunta 8)

7. ¿Cuál es su diagnóstico?

Migraña.

Cefalea tipo tensional.

Cefalea en racimos/salvas/acúmulos.

Otras, especifique _____

8. ¿Toma algún fármaco para el dolor de cabeza?

Sí, pautado por un médico. ¿Cuál? _____

Sí, auto-administrado. ¿Cuál? _____

No.

9. ¿En qué medida considera que su tratamiento farmacológico funciona?

Muy efectivo

En ocasiones tiene efecto

Moderadamente efectivo

No es efectivo

10. ¿Cuántos días ha dejado de realizar sus actividades cotidianas en el último mes debido al dolor de cabeza?

Nunca

Entre 10 y 10 días

Entre 1 y 5 días

Más de 15 días.

Entre 5 y 10 días

11. ¿Cuántos días ha perdido actividades familiares, sociales y de ocio en el último mes debido al dolor de cabeza?

Nunca

Entre 10 y 10 días

Entre 1 y 5 días

Más de 15 días.

Entre 5 y 10 días

12. ¿Cuál de las siguientes estrategias suele utilizar para reducir el dolor?

Evitar el contacto con otras personas.

Evitar estimulación (ruidos, sonidos fuertes, luces brillantes)

Reposar o descansar (tumbarme, cerrar los ojos, dormir)

Presionar la zona que del dolor (masajes)

Ninguna salvo medicación

Otras, especifique _____

13. ¿En qué medida se siente incapacitado/a por culpa del dolor?

Nada incapacitado/a 1 2 3 4 5 Totalmente incapacitado/a

14. ¿Hace cuánto tiempo labora usted en su trabajo actual?

<1 año

3 – 5 años

1 -3 años

> 5 años

15. ¿Qué tan satisfecho se siente en su trabajo actual?

Muy satisfecho

Esperaba más de su empleo

Satisfecho

No está a gusto

16. En su dinámica familiar, ¿ha habido un evento que usted considere afecte su estado de salud y que desencadene o exacerbe su cefalea?

SI, especifique

¿Hace cuánto tiempo?

 NO



ANEXO No. 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio:

“Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016”

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica realizada por médicos en Servicio Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de El Salvador, para optar al título de Doctor en Medicina. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: “Determinar la frecuencia de consultas por cefalea tensional en los pacientes que asisten a la unidad comunitaria de salud familiar Buenos Aires, Tamanique, La Libertad, en el período Mayo – Julio 2016.”

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Al finalizar este estudio, los resultados que se obtengan serán analizados para valorar la frecuencia de casos de cefalea tensional y las características de la misma, así como el abordaje brindado por las personas para considerarlo como un tema de suma importancia al ser una de las más frecuentes causas de consulta en los servicios de salud.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas sobre información personal, y antecedentes de casos de cefalea, su duración, intensidad del episodio y como estos repercuten en su diario vivir.

4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como miembro del Cantón Buenos Aires del municipio de Tamanique, La Libertad, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio que lleva por nombre “Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016”, pueden ser publicados o difundidos con fines de estudio.

Por tanto, convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Firma

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL INVESTIGADOR

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

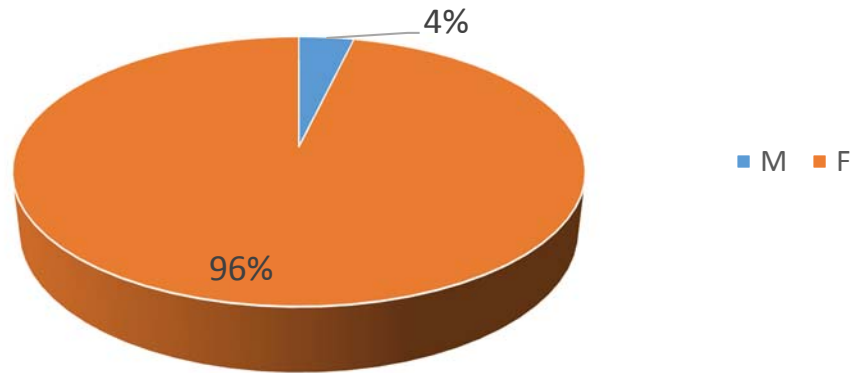
Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre

Firma

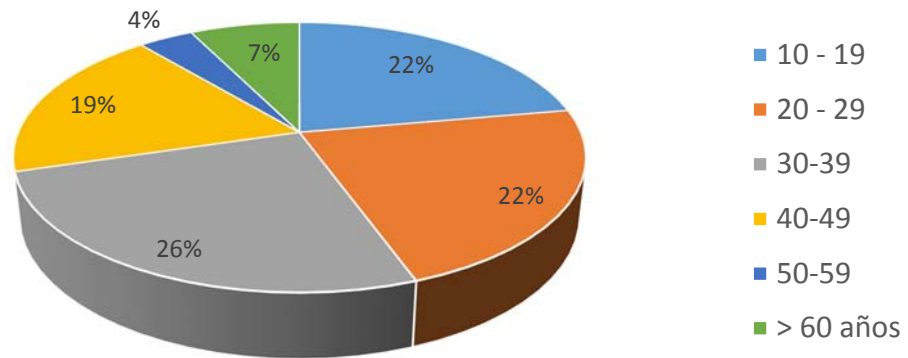
Anexo 3.

Gráfico 1. Distribución de sexo de personas entrevistadas



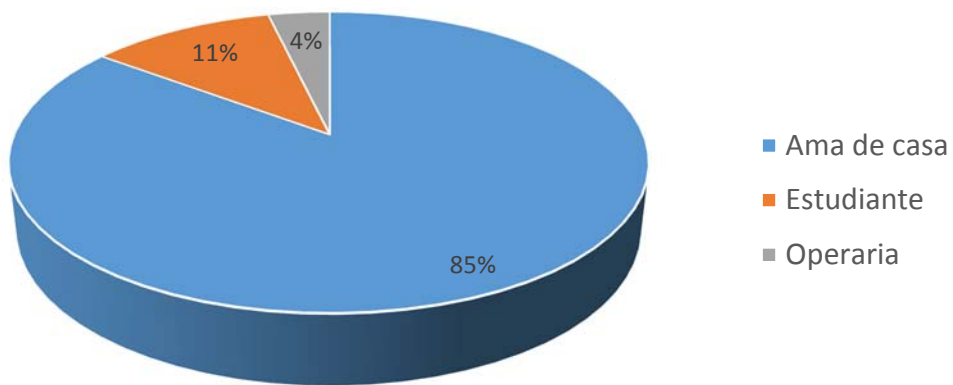
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamani que en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 2. Distribución de edades de personas entrevistadas



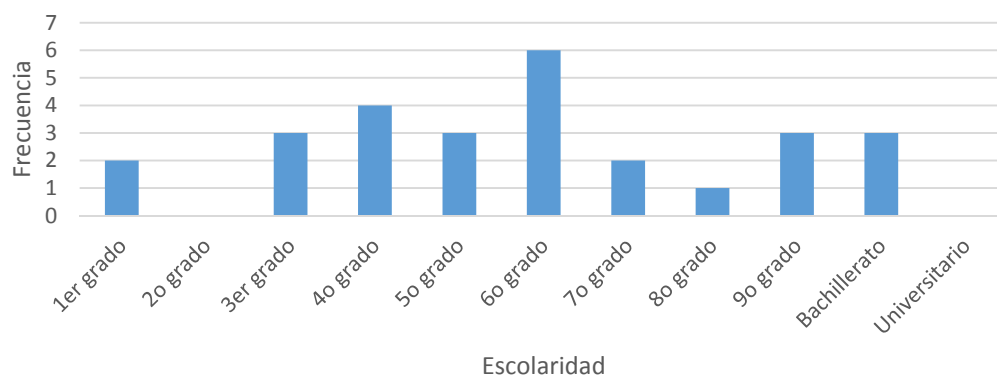
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamani que en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 3. Ocupación de personas entrevistadas



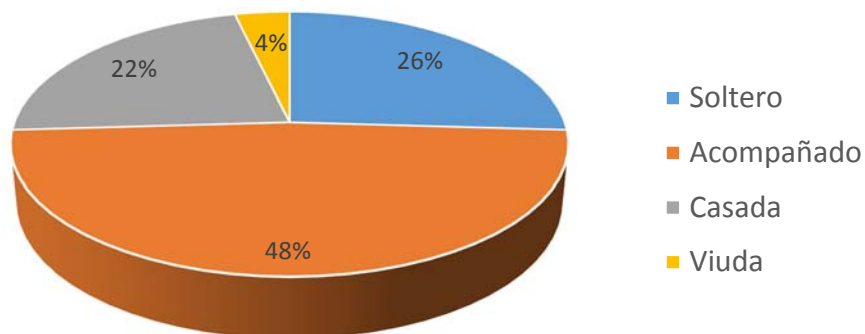
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamaniqne en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 4. Nivel de escolaridad de personas entrevistadas



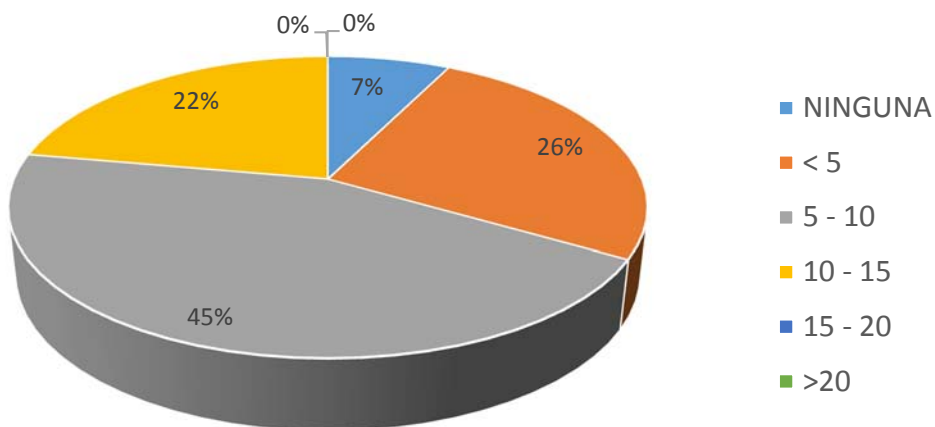
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamaniqne en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 5. Estado civil de personas entrevistadas



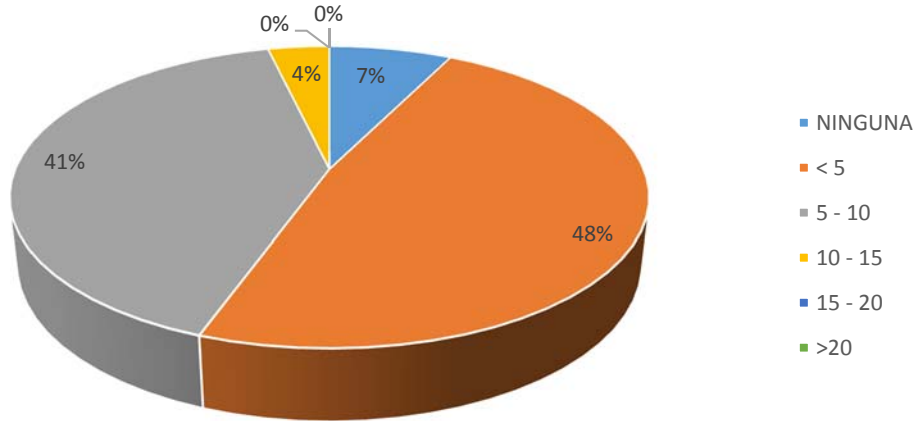
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 6. Frecuencia de cefalea en el último año



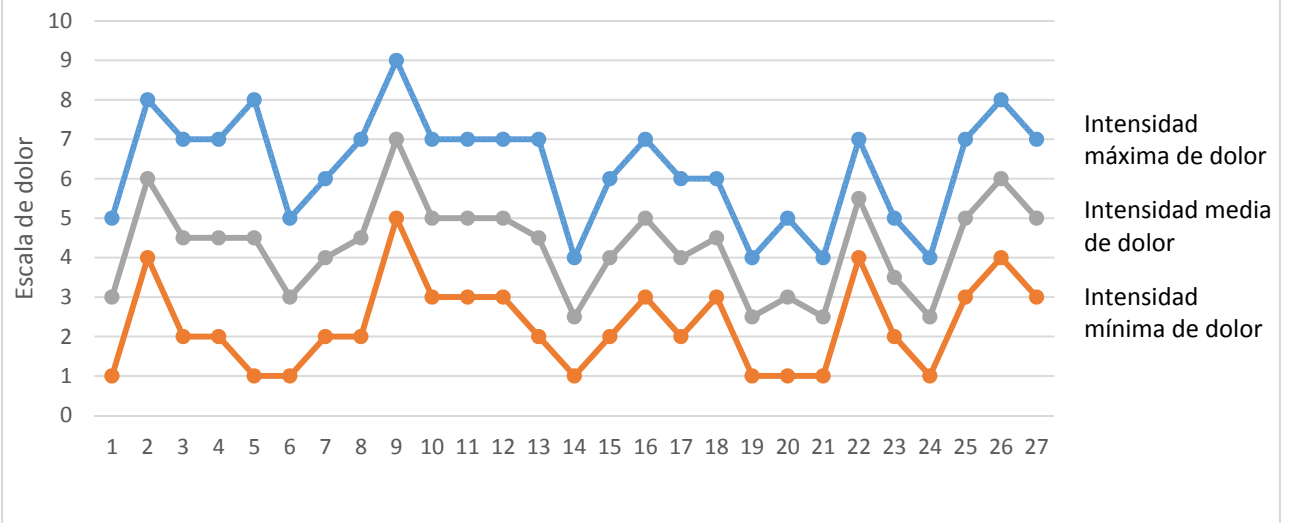
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 7. Frecuencia de cefalea en el último mes



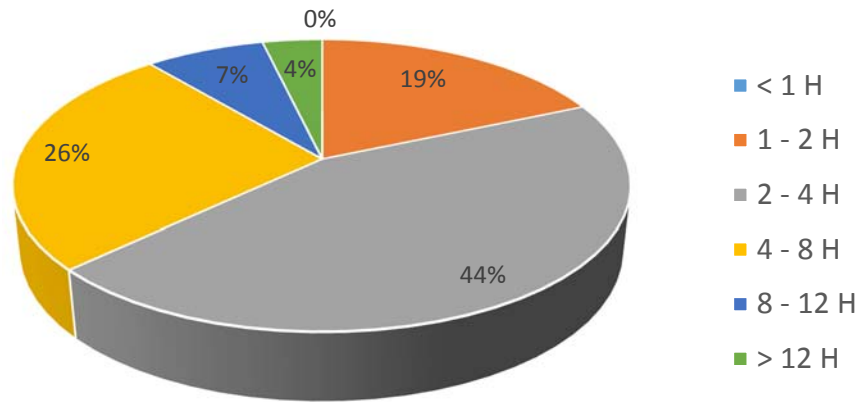
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 8. Escala de dolor de cefalea



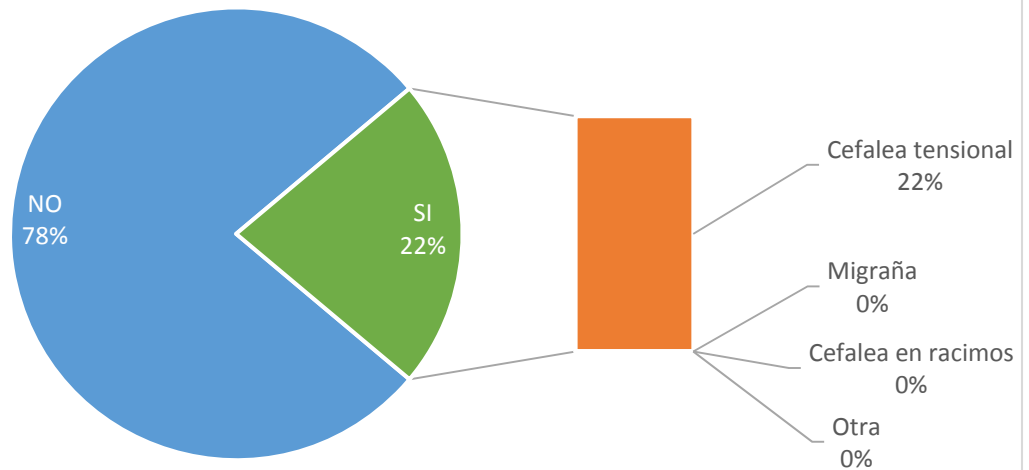
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 9. Duración del episodio de cefalea



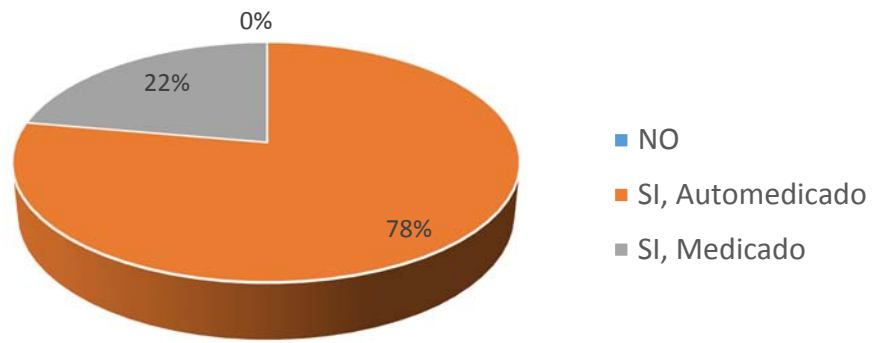
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 10. Diagnóstico previo de cefalea



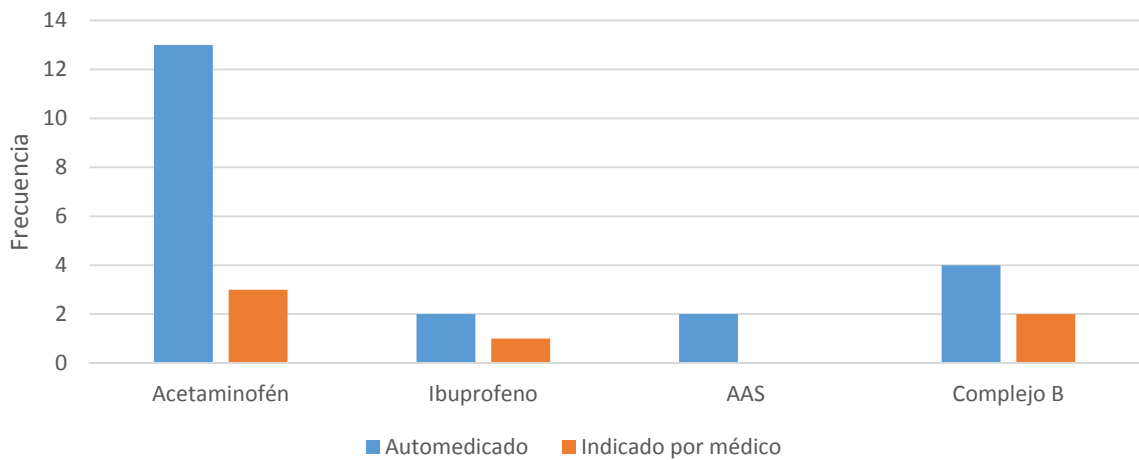
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

Gráfico 11. Consumo de medicamentos en episodios de cefalea

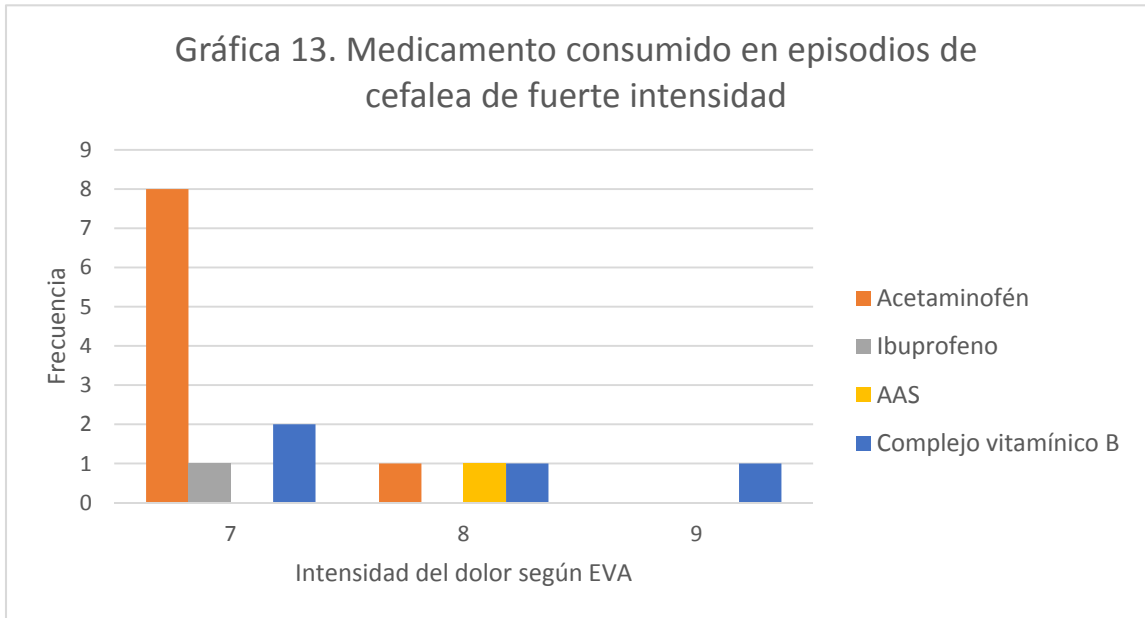


Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

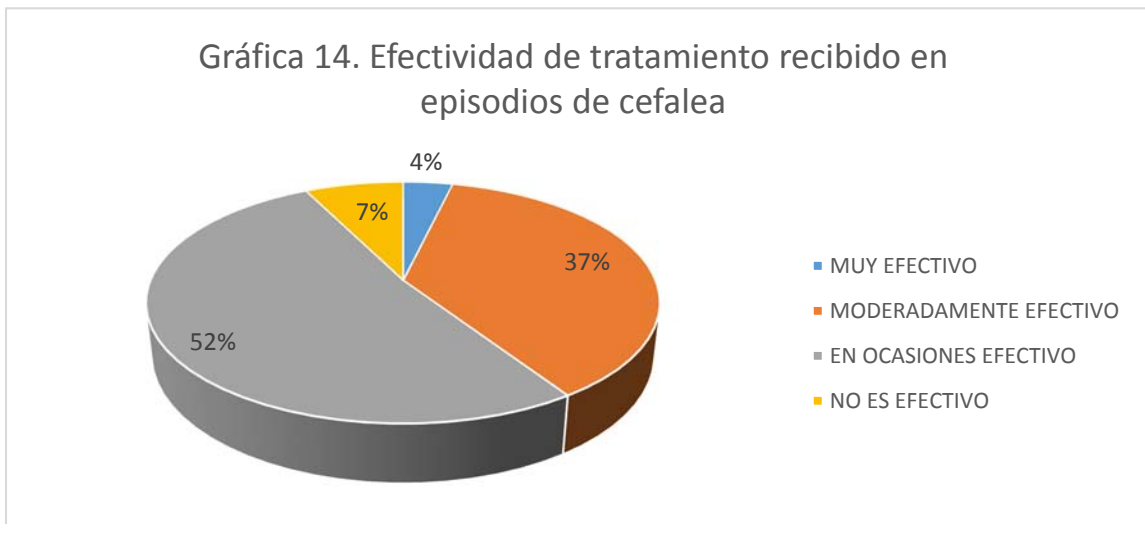
Gráfico 12. Medicamentos administrados en episodios de cefalea



Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

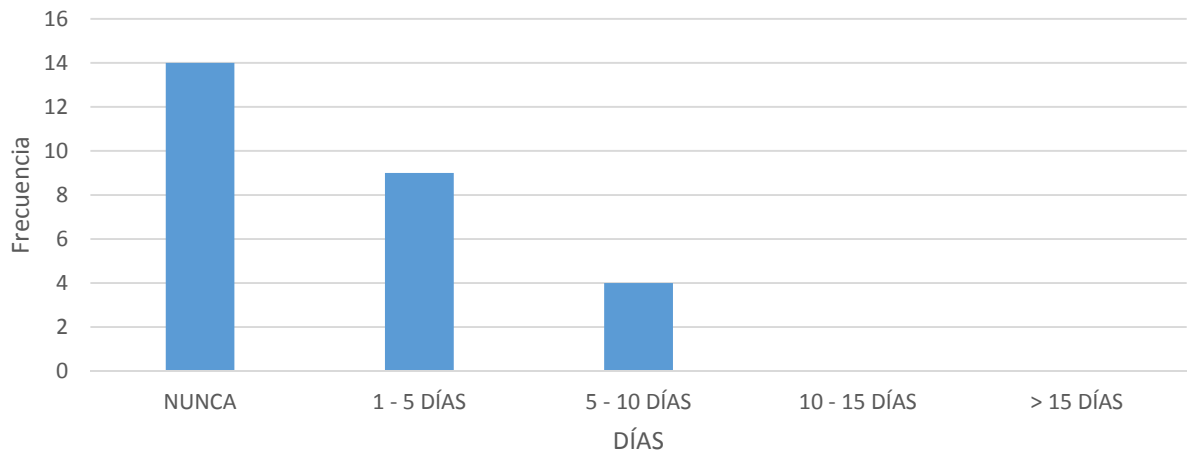


Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamaniqúe en el período mayo – julio de 2016"



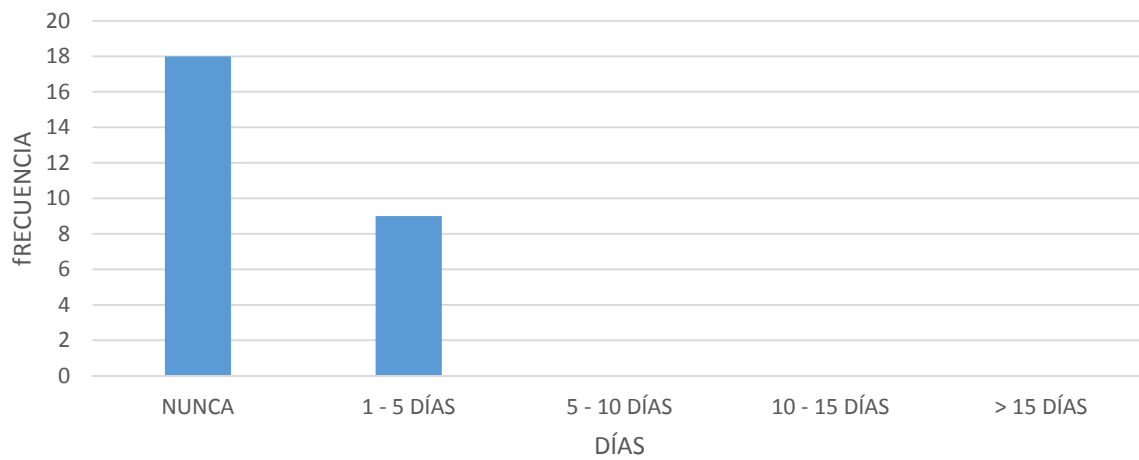
Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamaniqúe en el período mayo – julio de 2016"

Gráfica 15. Suspensión de actividades cotidianas en el último mes

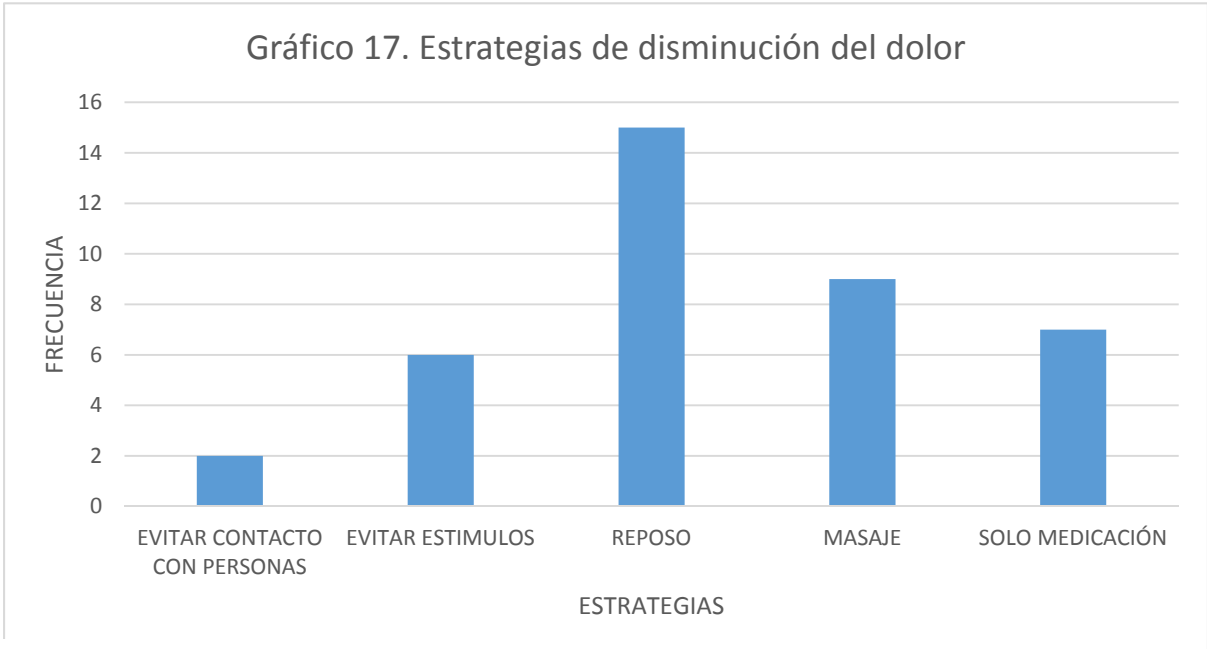


Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"

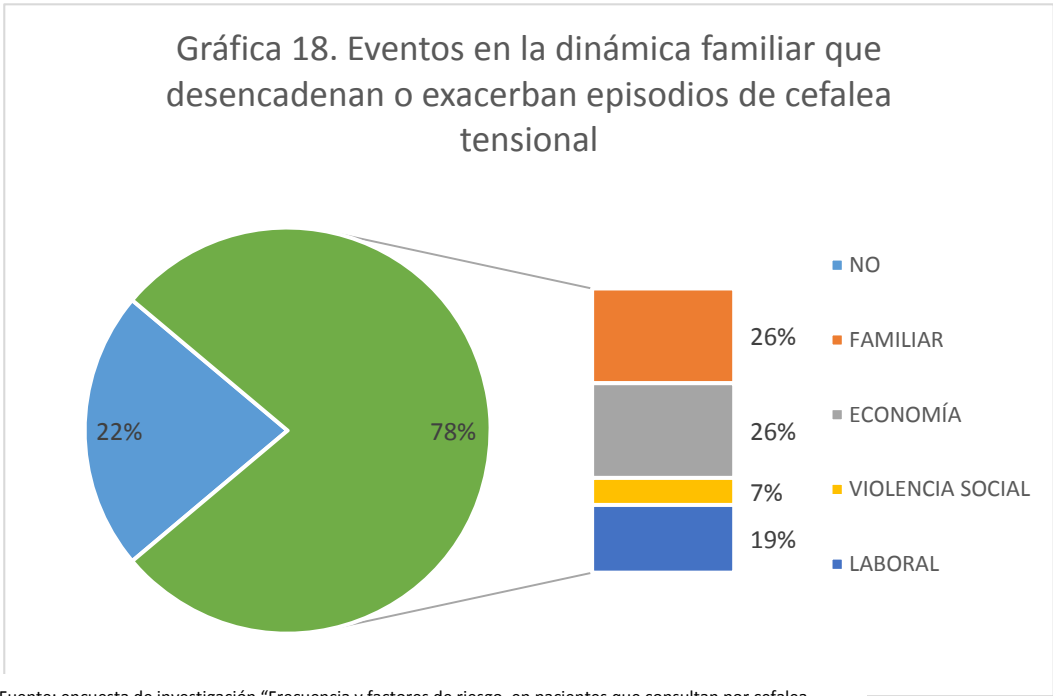
Gráfico 16. Suspensión de actividades de ocio en el último mes



Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"



Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"



Fuente: encuesta de investigación "Frecuencia y factores de riesgo, en pacientes que consultan por cefalea tensional, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Buenos Aires, Tamanique en el período mayo – julio de 2016"