



CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

Prevalencia, impacto y tratamientos de la Cefalea por Abuso de Medicación (CAM)



En el año 2004 la **Sociedad Internacional de Cefaleas** elaboró su **segunda clasificación global**, y empleó por primera vez el término **Cefalea por Abuso de Medicación (CAM)**, para definir el dolor de cabeza diario, o casi diario, generado por el uso inapropiado y abusivo de medicación, realizado por personas susceptibles, al tratar de aliviar una migraña y/o cefalea tensional primaria.

Pero, durante mucho tiempo, la complejidad clínica de esta patología, altamente discapacitante, dificultó el logro de una definición precisa y consensuada sobre los criterios de diagnóstico. Varias expresiones fueron utilizadas para describir lo que hoy se denomina **Cefalea por Abuso de Medicación (CAM)**: “cefalea inducida por drogas”; “cefalea diaria crónica”; “migraña transformada”. Esta reciente categorización de la CAM, así como las siguientes revisiones de los criterios de diagnóstico, ampliaron la definición del trastorno, en función de su cronicidad (cefalea durante 15 días o más al mes) y del tipo de drogas sobreutilizadas (ergotamina, triptanos, analgésicos, opioides, combinación de analgésicos, combinación de medicamentos, otros medicamentos).

El abuso de medicación fue definido, según la cantidad de días al mes en que se utilizaron los fármacos. Desde ese entonces, se diagnostica **CAM** a quien presenta **abuso de ergotamina, triptanos, opioides y combinación de medicamentos, durante 10 o más días al mes, durante al menos tres meses**. Asimismo, se detecta CAM, derivada del **abuso de analgésicos simples, si los mismos se utilizaron 15 días o más al mes, durante el mismo período**.



Monitoreo continuo de la Cefalea por Abuso de Medicación en Europa y América Latina:

Desarrollo y estandarización de un sistema de alerta y apoyo a la toma de decisiones



Como la **Cefalea por Abuso de Medicación** se desarrolla en pacientes que sufren de migraña y/o cefalea tensional, su tipología ha ido variando en función de los importantes cambios introducidos en el tratamiento agudo de tales cefaleas primarias, desde la aparición de los triptanos en el mercado, 15 años atrás. El tipo de fármacos utilizados varía, también, entre países, conforme a factores culturales. Por ejemplo, un estudio norteamericano, publicado en 1988, evidenció que la combinación de analgésicos, conteniendo butalbital, cafeína y aspirina con o sin codeína, era la máxima candidata para el desarrollo de la CAM; mientras, en Europa y hasta la primera mitad de los 90', las combinaciones más utilizadas eran de analgésicos con codeína o cafeína, ó de ergotamina con codeína. La introducción de los triptanos y el retiro de la ergotamina de algunos mercados europeos ha cambiado la terapéutica farmacológica de las cefaleas primarias. Sin embargo, existe ya abundante evidencia para afirmar que todas las drogas utilizadas en el tratamiento agudo de pacientes con cefaleas primarias pueden originar CAM.

Prevalencia e impacto epidemiológico

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

De acuerdo con las investigaciones epidemiológicas desarrolladas durante los ochenta, **entre el 1% y el 3% de la población mundial tomaba analgésicos diariamente, y hasta un 7% los ingería, al menos, una vez a la semana.** Estudios transversales, de base poblacional y epidemiológica, señalaron que la **prevalencia de cefalea crónica, asociada al abuso de medicación, implicó entre el 1 y el 1,4% de la población general,** con un pico en mujeres de 50 años. En este rango de edad, las mujeres que presentaron los criterios para diagnóstico de CAM alcanzaron el 5%.

Un meta-análisis de 29 estudios, que involucraron un total de 2612 hombres y mujeres con cefalea crónica y abuso de analgésicos, confirmó el **predominio en mujeres, en una proporción de 3,5:1,** a la vez que comprobó, entre esos pacientes, el uso simultáneo de diferentes agentes farmacológicos, en un promedio de **2,5 a 5,8.** Al momento del diagnóstico, la duración media de la cefalea primaria fue de **20,4 años,** mientras que la del abuso de medicación promedió los **10,3 años.** Por su parte, la extensión media de la cefalea diaria, prolongada por más de 15 días al mes, alcanzó los **5,9 años.**



Monitoreo continuo de la Cefalea por Abuso de Medicación en Europa y América Latina:

Desarrollo y estandarización de un sistema de alerta y apoyo a la toma de decisiones



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

Desafortunadamente, el impacto epidemiológico de la CAM en países latinoamericanos es desconocido. Pero, si se considera que la prevalencia de las dos formas más frecuentes de cefaleas primarias (migraña y cefalea tensional), que conducen a la **Cefalea por Abuso de Medicación**, no difiere de la detectada en Europa, es posible inferir que la prevalencia de CAM en América Latina se acerca a la europea.

En el marco del proyecto **COMOESTAS**, las instituciones participantes que representan a Chile y Argentina, concretaron un estudio piloto en sus centros clínicos especializados en cefaleas. El procesamiento de la información arrojó que, de los 100 pacientes consecutivos atendidos, el 55% de los pacientes chilenos y el 70% de los pacientes argentinos presentaron CAM. Estos resultados fueron similares a los encontrados en clínicas terciarias de países desarrollados especializadas en cefaleas.

Tratamiento de CAM

El tratamiento de elección para la CAM requiere del retiro abrupto de las drogas que la originaron. Durante esta fase de suspensión de los fármacos sobreutilizados (ó detoxificación), suelen presentarse síntomas con una duración de 2 a 10 días, entre los que se incluyen cefalea por retiro, náuseas, vómitos, hipotensión arterial, taquicardia, problemas de sueño, agitación, ansiedad y nerviosismo. Esta fase es mucho más corta en pacientes que han abusado solamente de triptanos. Las crisis o alucinaciones son raramente observadas, aún en personas con abuso de medicamentos antimigrañosos que contienen barbitúricos.

Los tratamientos recomendados para la fase aguda de detoxificación varían considerablemente, según el tipo de estudio. Incluyen desde fluidos de reemplazo, analgésicos, tranquilizantes, neurolépticos, amitriptilina, valproato, dihidroergotamina, intravenosa, hasta oxígeno y estimulación



Monitoreo continuo de la Cefalea por Abuso de Medicación en Europa y América Latina:

Desarrollo y estandarización de un sistema de alerta y apoyo a la toma de decisiones



eléctrica. Luego, o durante la fase de retiro, los pacientes continúan el proceso con medicamentos profilácticos, elegidos entre las sustancias que han probado ser efectivas en el tratamiento de la migraña (valproato de sodio, topiramato, betabloqueantes).

La mayoría de los pacientes mejoran como resultado de la detoxificación, aunque, a los pocos meses, **más del 45% recae nuevamente en el abuso de drogas sintomáticas**. Por ello, el enfoque de cuidados adoptado durante el período de seguimiento es de vital importancia. En esta línea, el protocolo de cuidados para pacientes con CAM implementado por el **Centro de Cefaleas del Instituto Neurológico Casimiro Mondino** de Pavía, Italia, resulta un patrón de referencia. Se basa en la construcción de una fuerte alianza entre el médico y el paciente. Contempla las necesidades clínicas y psicológicas de estos últimos. Incluye, también, orientación para la rehabilitación e instrucciones para seguir luego del egreso hospitalario. A través de un flamante estudio, este Centro comprobó que la tasa de recaída durante el primer año, fue menor que la informada por otros trabajos. Tal resultado respalda la estrategia de cuidados propuesta y la hipótesis que indica la obtención de mejores resultados en el tratamiento de la CAM cuando se facilita y promueve una fluida comunicación entre el paciente y el médico, y viceversa.

Extracto del documento *“D1.1 Report on prevalence, impact and treatment modalities of MOH”*, disponible en www.comoestas-project.eu sección Documentos –Proyectos Públicos Disponibles.