



UNIVERSIDAD
CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO “LUCÍA IÑIGUEZ LANDÍN”**

Título: Efectividad del tratamiento acupuntural en la cefalea migrañosa. Hospital Militar de Holguín. Junio 2014 - Diciembre 2016.

Autor: Dra. Mairé Escalona Suárez.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral
Máster en Enfermedades Infecciosas

Tutor: Dra. Juana Chibás Pérez

Máster en Medicina Bioenergética y Natural.
Especialista de 1er grado en Medicina Natural y Tradicional.
Profesor Asistente.

Asesor: DrC. Juan Bruno Ruiz Nápoles.

Especialista de Segundo grado en Medicina Interna.
Profesor Auxiliar. Investigador agregado

**Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en
Medicina Natural y Tradicional.**

Holguín

2017

Agradecimientos

Quiero transmitir mi más profundo agradecimiento:

A mis padres por su amor, paciencia, confianza, porque supieron transmitirme de la forma más sublime su sencillez, humildad y principios.

A mi esposo por su amor y constancia.

A los Doctores Juana Josefa Chibás Pérez, Adalberto Suárez Escalona, por brindarme todo su apoyo y paciencia para el logro de este trabajo de investigación.

A los Docentes, mi gratitud y respeto por sus conocimientos y educarme como profesional.

Resumen

Se realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, con grupo de control en el periodo comprendido entre Junio 2014 a Diciembre del 2016, en el Hospital Militar de Holguín. El objetivo fue evaluar la efectividad del tratamiento acupuntural en la cefalea migrañosa. La población estuvo representada por 520 pacientes que se atendieron en consulta con cefalea migrañosa, de ellos se tomó una muestra, de manera aleatoria simple, conformada por 82 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión. Se dividió en dos grupos: 42 para el grupo experimental a estos se les aplicó tratamiento con técnicas de acupuntura. Los otros 40 formaron parte del grupo control y se mantuvieron con tratamiento convencional. Las variables seleccionadas para resultaron: edad, sexo, diagnóstico tradicional, evolución del dolor, reacciones adversas. Predominó el sexo femenino, mientras que el grupo de edad más afectado fue el de 40-49 años. El diagnóstico por deficiencia de Xue de Hígado fue el más frecuente. Las reacciones adversas fueron escasas o casi nulas en el tratamiento acupuntural y más frecuente con tratamiento farmacológico. El esquema de tratamiento propuesto tuvo una muy buena respuesta en el grupo experimental con diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control.

Palabras Clave: Medicina Natural y Tradicional, acupuntura, cefalea migrañosa

ÍNDICE:

	Págs.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO.....	6
MÉTODO.....	28
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	

Introducción

La cefalea es toda sensación dolorosa que tiene lugar en la parte superior de la cabeza, desde el reborde orbitario hasta la nuca. Constituye un trastorno primario doloroso e incapacitante, como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes, se caracteriza por dolores de cabeza recurrentes; son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso, también puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común. ¹

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea en los adultos es de aproximadamente el 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. ²

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, estas afecciones son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas. ¹⁻³

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 crónicas combinadas. ^{4,5}

La migraña es un trastorno hereditario que cursa con dolores de cabeza, de forma característica unilateral aunque a veces bilateral, moderado a grave, que empeora con la actividad física rutinaria, se asocia a náuseas y vómitos y se acompaña de fotofobia y fonofobia. ⁶

El dolor de cabeza se presenta en cualquier momento y persiste entre 4 y 72 horas. Puede producirse con un aura, un síntoma neurológico focal que puede ser visual, sensitivo o motor o sin aura. ^{2,7}Las auras visuales pueden tener características positivas (fotopsias) y negativas (escotomas). ⁸⁻¹⁰

Se piensa que el aura de la cefalea migrañosa, se debe en parte, a una depresión cortical propagada, la cual se asocia a una reducción breve del flujo sanguíneo seguida de una hiperemia. Estos cambios no parecen relacionarse con la fase del dolor de cabeza. El dolor se produce cuando se estimulan las aferencias trigeminales de la duramadre. ¹¹

Con frecuencia la cefalea migrañosa comienza con un pródromo, que puede persistir durante horas o días, en los que el paciente nota dificultad para concentrarse o fatiga sin dolor de cabeza.

El diagnóstico de la migraña se basa en la anamnesis. El diagnóstico diferencial incluye la cefalea de tipo tensional, aunque la mayoría de las cefaleas de moderadas a graves son migrañas. ¹²

En pacientes con una anamnesis sugestiva de una cefalea secundaria, debería considerarse una evaluación posterior con un estudio mediante Resonancia Magnética. Sin embargo, si la cefalea es característica de una migraña y los hallazgos de la exploración neurológica son normales, no se necesitan más estudios. ³

Desde la perspectiva de la Medicina Tradicional Asiática, la cefalea es uno de los síntomas más comunes presentes en la práctica clínica y dentro de los principales factores patógenos o etiológicos se consideran: la deficiencia constitucional, trastornos emocionales, exceso de trabajo, la actividad sexual excesiva, dieta irregular, traumatismos, el parto y los factores patógenos externos. ¹³

Dentro de los factores patógenos externos se citan como los principales al viento y la humedad. El viento afecta la parte superior del cuerpo y es una causa muy frecuente de cefaleas agudas. La humedad externa puede afectar también a la cabeza, aun cuando este factor patógeno en concreto, invade normalmente la parte inferior del cuerpo, sin embargo las invasiones agudas de humedad afectan fácilmente al calentador medio y desde aquí la humedad puede elevarse a la cabeza e impedir que el yang claro alcance la

cabeza y despeje los orificios de la misma. Los síndromes que cursan con cefalea primaria se presentan con bastante frecuencia en la población. Los más comunes, son la migraña y la cefalea de tipo tensional. Constituyen uno de los motivos de consulta más frecuente en las consultas de neurología general, y afecta al 5-10% de los pacientes.

En la Medicina Tradicional Asiática múltiples terapias también han sido utilizadas para el tratamiento de la cefalea, entre las que se pueden mencionar: acupuntura, moxibustión, electroacupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, así como la catgutpuntura.

Los beneficios de la acupuntura se han demostrado, con el mayor porcentaje de resultados positivos, cobrando cada vez, más validez científica. Su eficacia como herramienta complementaria ha sido probada en la reducción del dolor en pacientes de diversos tipos. La terapéutica acupuntural ofrece una ventaja adicional, ya que al no ingerir drogas, no produce intoxicaciones ni acciones iatrogénicas en el paciente. Además, es muy barata, por lo que su difusión con indicaciones adecuadas ayudaría a paliar el gasto farmacéutico en una importante medida ¹³

La prevalencia de la migraña presenta variaciones según la población estudiada y el método diagnóstico. En Dinamarca del 10,4%, Francia del 12,1% y Alemania del 27,5%. ^{7,14}En Estados Unidos aproximadamente 28 millones de personas padecen de migraña, esta enfermedad se considera como una condición crónica con agudizaciones.

Entre los datos epidemiológicos en México, se reporta que el 12% de mujeres padece migraña y el 7.5% la padecen los hombres, el 50% de la población en general ha tenido por lo menos un episodio. ¹⁵

En Colombia la prevalencia reportada es del 19,4% ^{2, 13-15}. En las mujeres la migraña aumenta desde los 15 hasta los 45 años para descender progresivamente hasta los 60 años. En hombres la prevalencia aumenta hasta

los 21 años y disminuye hasta los 60 años. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres con una relación mujer/hombre 4:1. ¹⁶

En Cuba, la prevalencia de esta enfermedad es aproximadamente de 6% en los hombres y de 15-17% en las mujeres y varía con la edad aumentando hasta los 40 años; es uno de los veinte diagnósticos más comunes. Cifras similares se reportan en la provincia Holguín. ¹⁷

La migraña es una condición que impacta directamente sobre la productividad del individuo que la padece y genera costos directos por atención médica ante la aparición de las recaídas. ^{9,10}

El nivel educativo bajo ha sido identificado como factor de riesgo para el desarrollo de la migraña sin aura. Otros factores de riesgo como el consumo de cigarrillo, alcohol, índice de masa corporal alto o estrato socioeconómico no han podido ser asociados al desarrollo de la entidad. ¹⁷

En el Hospital Militar de Holguín se atendieron en la consulta entre los años 2015 y 2016, 1314 pacientes con cefalea, motivados por la frecuencia de asistencia de pacientes aquejados de cefalea migrañosa a las consultas de Medicina Tradicional y su repercusión en la calidad de vida y rendimiento laboral, se decidió estudiar esta afección, por lo que se plantea como problema científico:

Problema Científico:

¿Cuál será la efectividad de la acupuntura en el alivio de los síntomas en pacientes con diagnóstico de cefalea migrañosa?

La **hipótesis** planteada resultó la siguiente.

El tratamiento con acupuntura para la cefalea migrañosa, al establecer una correlación entre la patología, el principio terapéutico y el tratamiento, contribuye al alivio de los síntomas de esta patología.

Objetivos

General:

Evaluar la efectividad del tratamiento con acupuntura en la cefalea migrañosa.

Específicos:

1. Distribuir la muestra según edad y sexo.
2. Determinar el diagnóstico tradicional más frecuente.
3. Determinar la evolución del dolor según intervalos de tratamiento.
4. Identificar la aparición de reacciones adversas en ambos grupos.

Marco Teórico

Las descripciones más antiguas de los síntomas de la migraña datan de Hipócrates (460-377 a. de C.). En ellas ya se habla de la cefalea acompañada de síntomas visuales y del malestar gastrointestinal.¹²

Aretaeus de Capadocia (30-90) hizo una distinción entre los diferentes tipos de dolor de cabeza. Así distinguió entre cefalalgia (un dolor leve y de corta duración) y heterocrania (dolor de cabeza unilateral con vómitos y aversión a la luz).

Thoma Willis (1621-1671) escribió la más actualizada monografía hasta el siglo XVII sobre la migraña. Puso especial atención en los factores vasculares como génesis de la enfermedad. Edward Liveing (1832-1919) propuso otra teoría etiológica. Así las migrañas resultarían de unas “descargas” del sistema nervioso central (SNC): “tormentas nerviosas”.¹⁷

En el año 1938, Graham y Wolff publicaron los efectos de la ergotamina sobre la migraña. Producía un vasoespasmo en la circulación meníngea cerebral, se consideró de nuevo la teoría vascular de la vasodilatación de los vasos pericraneales como la causa del dolor.

En la década de los años 40, Leao y colaboradores desarrollaron una teoría en la que la causa del aura visual migrañosa sería una alteración en el funcionamiento de las neuronas denominada depresión propagada fenómeno que consistiría en una depresión de la actividad cortical cerebral liberadora de potasio, precedida de una onda de actividad metabólica incrementada.¹⁷

Esta depresión avanzaría desde las regiones posteriores del cerebro hacia adelante, no siguiendo una distribución vascular sino a modo de onda, como las ondas de agua de un estanque al tirar una piedra (onda de depresión de Leao).¹⁷

En el año 1988 la *International Headache Society* (IHS) creó los criterios diagnósticos para la migraña que se revisaron en el año 2004 (*Headache Classification Committee*) y que son los utilizados en la actualidad.¹⁷

La clasificación de cefalalgias, de la International Health Society: ¹⁸

1. Jaqueca

- Jaqueca sin aura
- Jaqueca con aura
- Jaqueca oftalmopléjica
- Jaqueca retiniana
- Síndromes periódicos de la niñez que pueden ser precursores de la jaqueca o concurrir con ella
- Trastornos de jaqueca que no cumplen los criterios anteriores

2. Cefalalgia tensional

- Cefalalgia tensional episódica
- Cefalalgia tensional crónica

3. Cefalalgia histamínica (en brotes) y hemicránea paroxística crónica

- Cefalalgia histamínica
- Hemicránea paroxística crónica

4. Cefalalgias diversas sin relación con una lesión estructural

- Cefalalgia idiopática transfictiva
- Cefalalgia por compresión externa
- Cefalalgia por frío (como estímulo)
- Cefalalgia benigna por tos
- Cefalalgia benigna por ejercicio
- Cefalalgia que surge con la actividad sexual

5. Cefalalgia que surge con traumatismos de la cabeza

- Cefalalgia postraumática aguda
- Cefalalgia postraumática crónica ¹⁸

6. Cefalalgia que surge con los trastornos vasculares

- Trastorno cerebrovascular isquémico agudo
- Hematoma intracraneal
- Hemorragia subaracnoidea
- Malformación vascular indemne
- Arteritis

- Dolor de arterias carótida o vertebral

- Trombosis venosa

- Hipertensión arterial

- Otros trastornos vasculares ¹⁸

7. Cefalalgia que aparece con trastornos intracraneales no vasculares

- Presión alta del Líquido Cefalorraquídeo

- Presión baja del Líquido Cefalorraquídeo

- Infección intracraneal

- Sarcoidosis y otras enfermedades inflamatorias no infecciosas

- Cefalalgia que surge con inyecciones intrarraquídeas

- Neoplasia intracraneal

- Cefalalgia causada por otros trastornos intracraneales

8. Cefalalgia que surge con el consumo de estupefacientes o su abstinencia

- Cefalalgia inducida por el consumo o la exposición inmediata y excesiva a estupefacientes

- Cefalalgia inducida por el consumo o la exposición a largo plazo, a estupefacientes

- Cefalalgia por abstinencia de estupefacientes (uso "inmediato")

- Cefalalgia por abstinencia de estupefacientes (uso a largo plazo)

9. Cefalalgia que surge en la infección no cefálica

- Infección por virus

- Infección por bacterias

- Otras infecciones ¹⁸

10. Cefalalgia que surge con trastornos metabólicos

- Hipoxia

- Hipercapnia

- Hipoxia e hipercapnia mixtas

- Hipoglucemia

- Diálisis

- Otras anormalidades metabólicas

11. Cefalalgia o dolor facial que surgen en casos de trastornos de estructuras de la cara o el cráneo

- Huesos craneales
- Ojos
- Oídos
- Vías nasales y senos extranasales
- Estructuras de piezas dentales, maxilar inferior y otras similares
- Enfermedad de la articulación temporomandibular ¹⁸

12. Neuralgias de pares craneales, dolor de troncos nerviosos

- Dolor persistente nacido en pares craneales (diferente del que es semejante a tics)
- Neuralgia del trigémino
- Neuralgia del glosofaríngeo
- Neuralgia del nervio intermediario de Wrisberg
- Neuralgia del nervio laríngeo superior
- Neuralgia occipital
- Causas centrales del dolor de cara y cabeza diferentes del tic doloroso

13. Cefalalgia no clasificable.

Aunque existen criterios diagnósticos establecidos por la Sociedad Internacional de Cefalea, existen características generales que permiten orientarnos ante la migraña, un dolor hem Craneal de carácter pulsátil, que aparece por crisis, que dura entre 1 y 72 horas, asociado a náuseas, vómitos, fonofobia y fotofobia, con factores dietéticos y ambientales desencadenantes y antecedentes familiares de un dolor similar. Si este es precedido minutos antes por manifestaciones visuales, sensitivas, motoras que desaparecen con posterioridad se trata de una migraña con aura de lo contrario no se deberá a una migraña con aura sino a una migraña común. Así visto es bastante fácil el diagnóstico, pero la atipicidad es lo común y rara vez están presentes todas las características. ²

Ciertos factores pueden precipitar o desencadenar el ataque migrañoso, los precipitantes de la dieta son variados y entre ellos encontramos: alcohol, (específicamente los vinos rojos), alimentos que contienen tiramina (quesos, cerveza), alimentos en conserva (enlatados o no), embutidos, chocolate, exceso de

alimentación y alimentos horneados con levadura. Otros factores que se encuentran con bastante regularidad son la tensión emocional o el stress como respuesta a una vida diaria de mucha presión, el exceso de sueño o la falta de este, el ayuno prolongado, la exposición prolongada al sol, el agotamiento físico o mental, factores hormonales como el periodo menstrual y el inicio del embarazo así como otros factores como los ambientales, los cambios de temperatura o el estado del tiempo, las luces fluorescentes o intermitentes, las pantallas de las computadoras, los olores fuertes y las alturas. ²

La activación de las células en el núcleo del trigémino ocasiona la liberación de neuropéptidos vasoactivos, en particular de péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP, *calcitonin gene-related peptide*), en las terminaciones vasculares del nervio trigémino y en el núcleo del mismo.

Los antagonistas de los receptores del péptido relacionado con el gen de la calcitonina CGRP, han mostrado ser eficaces en el tratamiento agudo de la migraña y los anticuerpos monoclonales podrán ser una herramienta útil para mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes. ¹⁹

Los triptanos se desarrollaron para estimular de manera selectiva subpoblaciones de receptores 5-HT; existen al menos 14 receptores diferentes para 5-HT en seres humanos. Los triptanos son agonistas potentes de los receptores 5-HT_{1F} y 5-HT_{1D} y algunos tienen actividad en los receptores 5-HT_{1F}. ²⁰

Estos detienen la señalización nerviosa en la vía nociceptiva del sistema trigémino vascular, al menos en el núcleo caudado del trigémino y en el tálamo sensitivo del trigémino, además de producir vasoconstricción craneal. Ha existido un gran interés en los sitios neurales como objetivo farmacológico para el tratamiento agudo y preventivo de la migraña. ²⁰

Los datos también apoyan la participación de la dopamina en la fisiopatología de la migraña. La mayor parte de los síntomas de la migraña pueden inducirse por estimulación dopaminérgica.

Además, existe hipersensibilidad de los receptores de dopamina en los individuos con migraña, como se demuestra por la inducción de bostezos, náusea, vómito, hipotensión y otros síntomas de crisis migrañosa por agonistas dopaminérgicos en dosis que no afectan a los individuos que no padecen migraña. ²¹

Los antagonistas de los receptores de la dopamina son fármacos eficaces en individuos con migraña, en especial cuando se administran por vía parenteral o cuando se administran en forma simultánea con otros fármacos antimigrañosos. Además, la activación hipotalámica anterior, que se observa en las cefaleas en racimo, se ha observado en la fase premonitoria de la migraña utilizando estudios de imagen funcional, lo que podría ser un aspecto clave para comprender parte de la participación de la dopamina en este trastorno. ²¹

Los genes de la migraña identificados por familias estudiadas con migraña hemipléjica familiar FHM revelan afección de los conductos iónicos, lo que sugiere alteraciones en la excitabilidad de la membrana lo que podría predisponer a la migraña.

Hoy día se sabe que las mutaciones del gen *CACNA1A*, que afectan los conductos de calcio controlados por voltaje de tipo $Ca_v2.1$ (P/Q) causan migraña familiar hemipléjica FHM; esta mutación causa casi 50% estos casos. Las mutaciones en el gen *ATP1A2* de la Na^+ , K^+ , ATPasa, de esta enfermedad, ocasiona casi 20% y las mutaciones en el gen *SCN1A* que afecta los conductos de sodio controlados por voltaje en las neuronas. ²⁰

Los estudios de neuroimagen funcional han sugerido que las regiones en el tronco del encéfalo en la migraña y en la región de la sustancia gris hipotalámica posterior cerca de las células del marcapasos circadiano del ser humano en el núcleo supraquiasmático en casos de cefalea en racimo parecen sitios adecuados para la afección específica en caso de cefalea primaria.⁵

El tratamiento de la migraña se divide en un tratamiento para el dolor de cabeza agudo y la prevención de ataques de migrañas posteriores. El tratamiento agudo se logra con más éxito con una asistencia específica para la migraña por etapas: un

agente analgésico no específico, una terapia analgésica combinada, opioides y una terapia agresiva específica para la migraña.

Por ejemplo, en general las crisis leves pueden tratarse con éxito con analgésicos como el paracetamol con dosis sugerida de 650-1.000 mg y antiinflamatorios no esteroides AINE, como la aspirina, 900-1.000 mg; ibuprofeno, 1.000-1.200 mg; naproxeno, 500-825 mg, o ketoprofeno, 75 mg. Durante el embarazo, las crisis entre leves y moderadas pueden tratarse con paracetamol. ²²

Las cefaleas de intensidad moderada pueden responder a la combinación de paracetamol, metoclopramida un vasoconstrictor suave, a dosis de 65 mg y di-cloralfenazona un sedante suave, a dosis de 100 mg. Entre los agentes antieméticos se incluyen la proclorperazina 10-25 mg y la metoclopramida 2,5-10 mg. La estratificación de la asistencia, incluido un tratamiento a medida según el tipo de cefalea, conduce a menos días de discapacidad y de uso de fármacos.

Saber qué tipo de fármaco antimigrañoso específico funcionará para un paciente concreto depende del paciente. Es importante evitar el abuso de analgésicos y de otros fármacos porque el uso excesivo puede producir una cefalea crónica diaria en individuos susceptibles. ²²

El tratamiento precoz mejora la evolución del dolor de cabeza si se compara con el tratamiento tardío. Entre las contraindicaciones para el uso de triptanos incluyen una hipertensión no controlada, evidencia clínica de cardiopatía isquémica y una angina de Prinzmetal. Cuando se usan opiáceos se requiere precaución; tanto el paciente como el facultativo deben reconocer los riesgos de una cefalea de rebote y de una posible dependencia. ^{21,22}

Los barbitúricos como el N-acetil-p-aminofenol, cafeína y butalbital no han sido eficaces en ensayos clínicos controlados, pero pueden ayudar a pacientes concretos en los que no puedan usarse otros fármacos antimigrañosos específicos.

Si se administra ergotamina 2 mg por vía sublingual o 1-2 mg por vía oral de forma precoz en la crisis migrañosa, puede ser eficaz si las náuseas y la vasoconstricción

periférica asociadas son tolerables. El telcagepant 300 mg, un antagonista del péptido relacionado con el gen de la calcitonina puede ser tan eficaz como el zolmitriptán 5 mg, con menos efectos secundarios.²²

Para las crisis muy graves, habitualmente es eficaz la dihidroergotamina 1 mg por vía subcutánea o 0,5 mg por vía intravenosa, aunque generalmente se requiere un antiemético prometazina, 25 mg antes de su uso intravenoso. Pueden ser útiles las inyecciones intramusculares de ketorolaco 60 mg o de proclorperazina 10-25 mg.²²

Para pacientes que no respondan o presenten contraindicaciones para el uso de agentes vasoactivos que aborten el ataque, otra alternativa es la administración de 10 mg de proclorperazina por vía intravenosa 10 mg administrados en un período de 5 minutos.³

Abordaje del tema en relación con la Medicina Tradicional Asiática

Las primeras referencias escritas acerca de la acupuntura señalan que este método terapéutico se practicaba en algunos pueblos del oriente antiguo hace 5000 años aproximadamente Corea, China y Vietnam y se extendió a otros pueblos de esta región durante la Edad Media como Japón y Mongolia, se introdujo en Europa en el siglo XVII, pero no fue hasta mediados del siglo XX que se conoció en nuestro continente.

En 1955, el gobierno de la República Popular China reconoce oficialmente la medicina tradicional en completa igualdad con la medicina occidental.²³

En 1979 se celebró el Seminario Interregional de la Organización Mundial de la Salud, en la ciudad de Beijing, donde se recomendó el uso de la Acupuntura en más de 40 afecciones o enfermedades, basándose en la experiencia clínica y no necesariamente en investigaciones controladas. Dentro de los síntomas que pueden ser tratados con acupuntura se encuentra la cefalea.⁷

La utilización de la acupuntura en Cuba comienza en 1962 introducida por el Dr. Floral Carballo y no fue hasta el 4 de febrero de 1997 cuando el Ministerio de Salud Pública, aprueba y pone en vigor en el Sistema Nacional de Salud, la Resolución

Ministerial No. 9, para el desarrollo y generalización de la Medicina Tradicional y Natural.

La Medicina Tradicional China considera la enfermedad como un desequilibrio energético, basándose en sus teorías antiguas del Yin y el Yang, los cinco elementos, la teoría de los Zang-fu, Qi (energía), Xue (sangre) y Jinye (líquidos corporales) y la teoría King-lo o de los meridianos.²⁰

Se plantea que la etiología de las enfermedades se debe a factores climáticos exógenos dentro de los cuales se encuentran el frío, el calor, el fuego, la humedad, sequedad y el viento, también podría estar dada por factores patógenos endógenos dentro de los que se destacan las emociones como la elación, ira, preocupación, melancolía y miedo y por último se considera que las enfermedades pueden ser el resultado de la influencia de factores patógenos no exógenos no endógenos tales como: los desarreglos alimentarios, las intemperancias sexuales, las irregularidades del régimen trabajo descanso, los traumatismos, los eventos de las etapa pre-peri o postnatales, así como mordeduras de animales o picaduras de insectos.^{23,24}

La acupuntura es la técnica de Medicina Natural y Tradicional que consiste en la punción con agujas en determinados puntos del cuerpo denominados acupuntos, los cuales se encuentran en el trayecto de los distintos canales o meridianos y se utilizan para el tratamiento de los distintos desequilibrios energéticos del organismo.

Existen diferentes teorías occidentales que explican el mecanismo de acción de la acupuntura. Las más aceptadas son:²⁴

- Teoría iónica.
- Teoría de Melsack y Wall o de la puerta de control.
- Teoría neuroendocrina.
- Teoría inmunológica.

Teoría iónica: en el tejido dañado hay bloqueo de la membrana celular impidiendo la circulación iónica de sodio, potasio, calcio y magnesio. La acupuntura

produce neuromodulación, facilitando la circulación iónica a través de la membrana. Activa la bomba de sodio-potasio, con cambio en el potencial de membrana facilitando la conducción nerviosa.

Teoría de Melsack y Wall: la teoría de las puertas de entrada plantea que a nivel del sistema nervioso existen varias puertas de entrada compuestas por fibras que permanecen abiertas al paso del dolor, el que viaja por fibras A finas poco mielinizadas o amielinizadas y velocidad de conducción muy baja. El estímulo acupuntural viaja por fibras AB gruesas, mielinizadas y con alta velocidad de conducción, por lo que este estímulo llega primero al tálamo y cierra las compuertas al paso del dolor logrando la analgesia.

Teoría neuroendocrina: plantea que la mayoría de los puntos están en meridianos cuyos trayectos están cercanos a ramas nerviosas importantes de carácter neurovegetativo; igualmente coinciden con plexos neurovasculares (somáticos o viscerales) relacionados con ganglios y estructuras cerebrales superiores. El organismo produce morfomiméticos (encefalinas, endorfinas) capaces de aliviar el dolor. La acupuntura provoca su estimulación y liberación, facilitando la acción de ambas la que es reforzada por la serotonina y la acetilcolina.

Entre las encefalinas tenemos: leucina encefalínica (euforizante), dinorfina (analgésico potente), metionina encefalínica (analgésica). Dentro del grupo de las endorfinas las más frecuentes: alfa endorfina (analgésica ligera, tranquilizante), beta endorfina (analgésico potente, ansiolítico, antidepresivo), gamma endorfina (hipersensibilizante, irritante, dolor) y la neurotensina (analgésica, hipotensora).

Teoría inmunológica: el estímulo sobre el punto seleccionado actúa sobre el sistema reticuloendotelial provocando: reacción antígeno-anticuerpo, incremento de los leucocitos y aumento de gammaglobulinas y otras sustancias que aumentan la resistencia inmune del organismo.

La acción de la aguja regula la excitación de los nervios. Por lo general la aguja deprime los nervios excitados y estimula los inhibidos, cuando aparece una neuralgia

se punza con agujas y entonces desaparece el dolor y también cuando existe una parálisis se puede recuperar la motilidad.²⁴

La aguja influye en las funciones del corazón, regula el ritmo cardíaco; cuando a las personas que presentan taquicardia se les aplica acupuntura, se normaliza el ritmo cardíaco, si se les aplica a las que tienen bradicardia se les acelera y en las personas sanas no aparecen alteraciones. La acupuntura tiene cierta influencia sobre las ondas del electrocardiograma, en particular actúa más activamente sobre la onda P y el complejo QRS; en la onda T produce pocos cambios.²⁴

En el ritmo cardíaco influyen los puntos Neiguan (Pc6), ShenMen (C-7) y otros puntos del corazón y pericardio. La aguja regula la circulación sanguínea del corazón. En el laboratorio se ha observado que en las personas donde se les ha provocado un infarto del miocardio y se les ha aplicado la aguja en el punto Neiguan (Pc6), presentan una necrosis del miocardio considerablemente más leve que otros donde no se les había aplicado. En un paciente con angina de pecho se le aplica la aguja como tratamiento clínico y se obtiene igual respuesta. Este fenómeno está relacionado con dicha acción.²⁵

La acupuntura tiene influencias considerables en las funciones de excreción de la orina. El punto Zhaohai (R4) acelera la función de excreción de la orina en los riñones; para los hombres sanos, ShenShu (V-23) y Fu Liu (R-7) reprimen esta función de excreción. Pero en los pacientes con enfermedades renales, ShenShu (V23) acelera la función de excreción de la orina.

La aguja influye notablemente en los movimientos peristálticos del tubo digestivo y otras estructuras de la musculatura lisa. En la clínica, se les aplica la acupuntura a pacientes con dolor en el abdomen y este desaparece. En el que presenta diarrea o estreñimiento, la acupuntura produce buen efecto.²⁵

Esto demuestra claramente que la aguja actúa sobre el movimiento de los músculos involuntarios del estómago, intestino grueso e intestino delgado. Cuando se punza en el punto San yin Jiao (B-6) se presentan contracciones en el útero, la razón de este fenómeno se debe a que la acupuntura actúa sobre las células nerviosas que

intervienen en la producción y excreción de la oxitocina, que se encuentra en el hipotálamo. ^{5,26}

Cuando a un enfermo con una afección inflamatoria se le aplica la acupuntura, esta influye en los leucocitos disminuyendo la cantidad aumentada, en 1 o 2 días baja a cifras normales y al mismo tiempo la enfermedad inflamatoria mejora. Según estudios realizados en conejos que presentan enfermedades inflamatorias, a los cuales se les aplica acupuntura, disminuye la cifra de leucocitos y el periodo de recuperación se acelera rápidamente. ^{5,26}

Por lo general, cuando las cifras de leucocitos son normales la acupuntura no cambia significativamente el número de estos. Por eso la acupuntura ayuda a la recuperación acelerada de las enfermedades inflamatorias, altera de manera favorable el número de leucocitos y refuerza la función de fagocitosis. ²⁶

La acupuntura influye en las glándulas endocrinas. Según las observaciones de los cambios orgánicos y químicos en las funciones de las glándulas suprarrenales, después de punzar conejos en el punto Zu San Li (E-36), se comprobó que la corteza y la médula de estas glándulas habían aumentado su función de excreción durante 3 a 5 días, disminuyó la tasa de ácido ascórbico y glucógeno en los estratos de capas celulares y también aumentó la actividad del sistema reticular. ^{5,26}

La aplicación de la acupuntura regula las funciones de excreción de hormonas en el lóbulo posterior de la hipófisis y genitales. Actúa sobre el sistema inmunológico. Cuando se punza en el punto Da Zhi (VG-14), la función del sistema reticuloendotelial aumenta la fagocitosis. En estudios clínicos se ha comprobado que a un enfermo de paludismo se le punza en el punto Da Zhi (VG-14) y cede el acceso palúdico y elimina los plasmodium. ²⁶

Según estudios clínicos, cuando se punza el punto Zu San Li (E-36), aumenta considerablemente el complemento. Cuando se aplica el tratamiento de acupuntura en pacientes con disentería bacteriana, la tasa de inmunoglobulina en sangre aumenta considerablemente.

Esta técnica está contraindicada en los ancianos muy débiles, desnutrición o caquexia, trastornos mentales psicóticos, enfermedades de la piel, trastornos de la coagulación, niños menores de 5 años y en los tumores donde constituye una contraindicación relativa.⁸

Un conocimiento profundo de los meridianos que fluyen a través de la cabeza es esencial para el tratamiento por acupuntura de las cefaleas. Cuando se trata la cefalea se debe mirar siempre la patología desde dos perspectivas diferentes, es decir, desde la falta de armonía de los órganos internos y desde los meridianos implicados.²⁷

Superficialmente la cabeza contiene solo meridianos Yang. Esto significa que la cabeza es una zona de concentración de Yang Qi; por este motivo, en tiempos antiguos se comparó con el cielo y a veces fue llamada también el “Palacio de yang”.

Como los meridianos yang del brazo terminan en la cara y fluyen en los meridianos yang de la pierna que comienzan en la cara, los meridianos yang de brazos y piernas podrían verse en realidad como un solo meridiano, en el que no existe interrupción entre la sección del brazo y de la pierna (es decir Intestino grueso-estomago, Intestino delgado-Vejiga, y Triple función-Vesícula biliar).²⁷

Esto significa que a menudo puntos distales de los meridianos del brazo y de la pierna tienen acciones muy similares y son casi intercambiables: Por ejemplo IG4 Hegu y E44 Neiting, TF2 Yemen y VB43 Xiashi.²⁰

La cabeza es la parte más alta del cuerpo no solo anatómicamente sino también en términos de energía, según el flujo de Qi en los 12 meridianos. Es de hecho, el área de máximo potencial de energía en la circulación de Qi en los meridianos. El Qi circula en los meridianos porque existe una diferencia de energía potencial entre el pecho y la cabeza.

Así desde el meridiano de pulmón en el pecho, el Qi empieza a moverse hacia arriba hacia la cabeza. En las puntas de los dedos, el Qi cambia de polaridad, es decir

circula desde el meridiano yin de pulmón al meridiano yang de intestino grueso, pero sigue fluyendo hacia la cabeza y su potencial crece. ²⁷

Cuando alcanza la cabeza el potencial está en su máximo, y entonces empieza a disminuir cuando circula hacia los pies. En los pies, el Qi cambia de polaridad, es decir, circula desde el meridiano yang de estómago al meridiano yin de bazo, pero su potencial sigue disminuyendo ya que fluye hacia la zona del pecho, el área de mínima energía potencial. ²⁷

La implicación de todo lo anterior es que la cabeza es el área de máximo potencial de Qi, y por tanto intrínsecamente propensa a un aumento de energía o factores patógenos en la parte superior; por ejemplo: elevación de yang de hígado, fuego de hígado, viento de hígado o fuego de corazón. Inversamente el yang qi claro que no consigue ascender a la parte superior puede producir la obstrucción de la cabeza por flema o humedad. ²⁷

Como la cabeza es un área de concentración de Yang qi, la patología de las cefaleas endógenas puede deberse a cuatro condiciones muy simples y básicas de exceso de yang, deficiencia de yang, exceso de yin, deficiencia de yin.

Clasificación de la cefalea según la Medicina Tradicional China: ²⁸

1- Cefaleas endógenas

a) Exceso de yang (Estancamiento de yang qi en la cabeza):

- Elevación de yang de hígado
- Fuego de hígado

b) Deficiencia de yang (No llega suficiente yang claro a la cabeza)

- Deficiencia de qi de estómago (frontal)
- Deficiencia de yang de riñón (occipital)
- Deficiencia de qi de bazo

c) Exceso de yin (Disminuye el ascenso de yang claro a la cabeza)

- Exceso de humedad y flema

d) Deficiencia de yin (Produce ascenso de yang por eso no es causa frecuente de cefalea, generalmente la produce el déficit de sangre)

- Deficiencia de sangre de hígado
- Deficiencia de yin de riñón
- Deficiencia de esencia de riñón

2- Cefaleas exógenas:

Generalmente se deben al ataque de la cabeza por factores patógenos externos:

- Viento-frio
- Viento-calor
- Viento-humedad

El diagnóstico de las cefaleas según la medicina tradicional puede realizarse: ²⁸

- Según la localización de los meridianos
- Según el tipo de dolor
- Según la mejoría y el agravamiento.

Según la localización de los meridianos:

- Cefalea frontal: Estómago – Intestino grueso (Yangmin)
- Cefalea temporal: Triple función – Vesícula biliar (Shaoyang)
- Cefalea parietal: Hígado – Pericardio (Jueyin)
- Cefalea occipital: Intestino delgado – Vejiga (Taiyang)
- Parte superior de la cabeza: Meridiano de Hígado
 - Deficiencia de sangre de hígado
 - Deficiencia de qi y sangre
 - Deficiencia de sangre de corazón
- Laterales de la cabeza y sienes: Meridiano de Vesícula biliar
 - Elevación de yang de hígado
 - Fuego de hígado
 - Viento de hígado
- Unilateral:
 - Elevación de yang de hígado
 - Fuego de hígado
- En las sienes:

- Elevación de yang de hígado
- Fuego de hígado
- Viento de hígado
- Detrás de los ojos (migraña):
 - Deficiencia de sangre en hígado (Dolor sordo)
 - Elevación de yang de hígado (Dolor agudo)
- Frente: Meridiano de estómago
 - Deficiencia de estómago
 - calor en estómago
 - Retención de humedad-flema
 - Factores patógenos externos: Viento
- Parte posterior de la cabeza (occipucio): Meridiano riñón
 - Deficiencia de riñón
 - Invasión de viento externo
 - Calor-humedad en vejiga
- Toda la cabeza: Meridiano de riñón
 - deficiencia de yin o esencia de riñón
 - Invasión de viento-calor externo.

Según el tipo de dolor: ²⁸

- Sordo: Cefalea por deficiencia de qi o sangre
- Sensación de pesadez: Humedad-flema
- Pulsátil: Hiperactividad yang hígado, fuego o viento-calor en hígado
- Rigidez: Viento-frio externo
- Tirantez: Viento interno en hígado ²⁹
- Punzante: Estasis de sangre (cefaleas crónicas)
- Sensación de vacío: Deficiencia de yin o yang de riñón

Según la mejoría o agravamiento: ^{28,29}

- Horario:
 - Empeora durante el día: deficiencia de qi/yang o humedad
 - Empeora por la tarde o por la noche: Deficiencia de yin o sangre

- Actividad:
 - Empeora con el ejercicio o mejora con el descanso: Deficiencia de qi o sangre
 - Mejora con el ejercicio o empeora con el reposo: Elevación de yang de hígado o flema
- Clima:
 - Empeora con el calor o mejora con el frio: Aumento de yang o fuego de hígado
 - Empeora con el frio: Deficiencia de yang
 - Empeora con la humedad. Humedad o flema
- Ingestión de alimentos:
 - Empeora después de comer: Humedad, flema, retención de alimento o calor en estomago
 - Mejora al comer: deficiencia de qi o sangre
 Empeora con la ingestión de alimentos ácidos: Elevación de yang de hígado.
- Menstruación:
 - Empeora antes del periodo: Elevación de yang de hígado o estancamiento de qi de hígado
 - Empeora durante el periodo: Fuego de hígado o estasis de sangre
 - Empeora después del periodo: Déficit de sangre
- Presión:
 - Empeora con la presión: Exceso o plenitud
 - Mejora con la presión: Deficiencia.

Las cefaleas hemicraneanas desde el punto de vista oriental son interpretadas a través de diferentes síndromes cada uno con su etiología, cuadro clínico y su tratamiento específico: ^{30,31}

Ascenso de Yang de Hígado.

Etiología: es un síndrome mixto de insuficiencia y exceso, que es debido a una insuficiencia de Yin de Hígado y o insuficiencia de Yin de Riñón que entraña un

ascenso de Yang de Hígado. Según la teoría de los 5 elementos, el agua es insuficiente y no puede no “inundar” la madera y entonces se vuelve muy seca y provoca un ascenso de Yang de Hígado.

En la mayoría de los casos es causada por la deficiencia de Yin de Hígado y del Riñón, que no puede controlar el Yang de Hígado, de modo que se hiperactiva y asciende; o bien se debe a los factores emocionales, tales como la ira, depresión y ansiedad. El estancamiento de energía que se produce puede convertirse en fuego que consume la sangre y Yin, de manera que Yin no puede controlar a Yang.

Sintomatología: La cefalea puede ser únicamente en la región temporal, lateral o a nivel de los ojos, en casos severos puede llegar a la pérdida de la conciencia, vértigos, acúfenos, boca y garganta seca, insomnio con pesadillas, fácil olvido de las cosas con intranquilidad y dolor en la región lumbar y rodillas, irritabilidad, tensión interna, dolor con cólera, lengua y Pulso: Lengua Roja, pulso cordal, delgado y rápido
Principio de tratamiento: dispersar el Yang de Hígado, tonificar el Yin de Hígado.

Obstrucción interna de flema turbia

Etiología: el exceso de humedad que provoca acumulación de fluidos en el cuerpo se considera una causa de edema y de la congestión de fluidos. La flema turbia densa y viscosa, que se forma por el calor que consume los líquidos se dice que sigue a la circulación de la energía y no hay lugar donde no llegue. Es por eso que puede ascender y obstruir los orificios claros de la cabeza, no deja que el Yang claro ascienda ni que el Yin turbio pueda descender.

Sintomatología: Cefalea con pesadez y sensación de una venda en la cabeza, vértigo, náuseas, vómito flemoso, puede acompañarse de opresión y plenitud torácica y epigástrica, expectoración de mucosidades.

Lengua y Pulso: Lengua con saburra blanca y grasosa. El pulso tenso y resbaladizo

Principio de tratamiento: aclarar el calor, eliminar la flema e inhibir el ascenso patológico de flema.

Estancamiento sanguíneo.

El estancamiento sanguíneo provocado por las enfermedades crónicas de los órganos internos, así como los traumatismos en la cabeza van a alterar la libre circulación de Sangre y la energía causando obstrucción de los canales, dando lugar a uno de los principales síntomas de estancamiento sanguíneo que es el dolor.

Los traumatismos antiguos, a veces olvidados por los pacientes pueden ser la causa de las cefaleas persistentes que siempre se presentan en la misma región de la cabeza debido a un estancamiento localizado.^{30,31}

El estancamiento de Sangre puede venir de:

1. Estancamiento del Qi: es la más frecuente. El Qi hace circular la Sangre, si el Qi se estanca, la Sangre se coagula.
2. Insuficiencia de Qi : de larga evolución puede llevar a una éstasis de Sangre, pues el Qi se vuelve demasiado débil para hacer circular la Sangre.
3. Deficiencia de Sangre en Hígado: Porque el Hígado almacena la Sangre, toda insuficiencia de Sangre se presentará en la esfera del Hígado. Cuando el bazo no produce suficiente Sangre, el Hígado no almacena suficiente Sangre. Una hemorragia puede entrañar una insuficiencia de Sangre de Hígado.³⁰

Sintomatología: Tez oscura, labios púrpuras, dolores de carácter permanente, fijo taladrante, masas abdominales fijas, uñas violáceas, pérdida de sangre oscura con coágulos oscuros, lengua violácea, cefalea.

Lengua y Pulso: Lengua violácea con equimosis o petequias. Pulso áspero, cordal.

Principio de tratamiento: Activar la circulación de la Sangre para evitar el estancamiento.³¹

Cefalea por doble deficiencia de energía y sangre.

Etiología: es causado por enfermedad prolongada, vejez, debilitamiento de la salud o anomalías de la alimentación. La falta de aliento y la pereza al hablar, la laxitud, etc., son causadas por la falta de energía original y la atenuación funcional de los órganos internos. La energía es insuficiente y no puede subir para nutrir la cabeza, por lo tanto se siente mareo y vómito.

La energía está débil, no funciona bien para consolidar y cerrar la superficie del cuerpo, razón por la cual se produce sudoración espontánea. El esfuerzo consume la energía, por ello todos los síntomas se agravan cuando el paciente hace algún movimiento. ³¹

Sintomatología: se presenta la falta de aliento, laxitud, cara pálida, sudoración espontánea, insomnio, palpitaciones, respiración superficial, somnolencia

Lengua y Pulso: Lengua pálida y tierna, pulso blando, débil filiforme.

Principio de tratamiento: Tonificar Bazo y Riñón para generar energía y sangre. ³¹

Fuego de Hígado que asciende.

Etiología: Cólera prolongada o reprimida, frustración, odio, resentimiento, estrés que originan estancamiento de Qi y éste a su vez calor. Consumo excesivo de alcohol, carne, alimentos fritos, grasas.

Sintomatología: Irritabilidad, colérico, acúfenos, sordera, vértigo Cefalea de tipo pulsátil a nivel de sienas y ojo unilateral, cara y ojos rojos, sed, gusto amargo, insomnio, sueño perturbado por exceso de sueños, estreñimiento, heces secas, orina amarilla y oscura, epistaxis, hematemesis, hemoptisis. ³¹

Lengua y Pulso: Roja, más en los bordes, seca, saburra amarilla, gruesa, pulso cordal, tenso, fuerte, lleno, rápido.

Principio de tratamiento: Dispersar el calor de hígado, tonificar el yin.

El dolor se define como una experiencia emocional y sensorial no placentera asociada con daño tisular potencial o real o descrita en términos de éste, se hace consciente en el Sistema Nervioso Central como resultado de la activación de nociceptores periféricos, modulación a nivel espinal e integrados a nivel cortical, acarreado efectos nocivos para el paciente.³¹

Existen varios métodos para realizar la evaluación clínica del dolor:³²

Escala verbal. La escala verbal, también llamada descriptiva simple, fue descrita por Keele en 1948, aunque admite variantes. Son escalas tipo Likert, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. Por ejemplo:

Nada – Poco – Bastante – Mucho

Ligero – Moderado – Intenso – Atroz

No Hay Dolor – Leve – Moderado – Intenso – Insoportable

Habitualmente, se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4...) para cuantificarlo y registrarlo.

Escala numérica, que introdujo Downie en 1978, el paciente asigna un valor numérico a su dolor en función del grado de intensidad que considere. Generalmente la numeración va desde el 0 al 10 o desde el 0 al 100, en función del grado de discriminación que queramos obtener, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 o el 100 el máximo dolor imaginable, aunque a nivel de investigación no ha demostrado una gran sensibilidad y especificidad.³²

Escala Visual Analógica (EVA). La EVA o VAS por sus siglas en inglés, tiene su origen en la psicología, donde se utilizaba para valorar el estado de ánimo del paciente. Pronto se trasladó a la valoración del dolor. Fue introducida por Scott Huskinson en 1976. Se compone exclusivamente del dibujo de una línea vertical u horizontal, no contiene números ni palabras descriptivas. Muchos pacientes son reticentes a utilizar palabras para cuantificar su dolor y esta es una buena alternativa. Con todo, se considera que entre un 7 y un 11% de los pacientes son incapaces de marcar la escala de evacuación analógica la encuentran confusa (Huskisson y Kremer).³²

La escala de evaluación analógica es considerada el estándar de oro de la medición unidimensional del dolor. Diversos estudios se han llevado a cabo para validarla, correlacionándola con estímulos térmicos. Una validez relativa, a pesar de todo y con una sensibilidad intrapersona, es decir, solo para reevaluar el dolor con el mismo paciente en distintos momentos o intervalos. ³³

Algunas veces se hace referencia a la escala de evaluación analógica refiriéndonos a otros tipos de escala. Cuando le pedimos al paciente verbalmente que nos diga de 0 a 10 cuánto le duele, y probablemente sea la fórmula más usada en consulta, estamos haciendo una escala verbal numérica.

Escala Facial. La escala facial de Wong y Baker fue diseñada para favorecer la comprensión del test a los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico. Hay una web que utiliza fotografías de caras de niños para que sean más reales.

Escala de grises de Luesher. La escala de grises utiliza como variante la intensidad del color para cuantificar en una paleta de tonalidades de una barra bien horizontal, bien vertical que oscilan entre la ausencia del dolor del blanco y el dolor máximo del negro. ³³

MÉTODO

Se realizó un diseño de intervención, cuasi experimental, con grupo control en el periodo comprendido entre Junio 2015 a Junio del 2016, en el Hospital Militar de Holguín, con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento acupuntural en la cefalea migrañosa aguda.

La población estuvo representada por 520 pacientes que se atendieron en consulta de Medicina Natural y Tradicional, con diagnóstico clínico de cefalea migrañosa, de ellos, se tomó una muestra que se conformó por 82 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La muestra fue intencionada, mediante un muestreo aleatorio simple y se escogió de la siguiente forma: 42 pacientes para el grupo experimental a los cuales se les aplicó tratamiento con la técnica de acupuntura y 40 pacientes formaron parte del grupo control con tratamiento farmacológico.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, de 20 y más años de edad.
- Diagnóstico clínico de cefalea migrañosa y que coincida con el diagnóstico tradicional seleccionado por la autora.
- Que no presenten contraindicaciones para el uso de la acupuntura ni de los medicamentos convencionales, (embarazadas o puérperas, enfermedades malignas asociadas, lesiones de la piel en el área de los acupuntos seleccionados para el tratamiento, ayuno prolongado, agotamiento, debilidad, pérdida de sangre o líquidos, caquexia o desnutrición, embriaguez, alergia a los medicamentos convencionales empleados en el estudio)
- Que den su aprobación para participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico clínico de cefalea migrañosa sin tratamiento de analgésicos y antiinflamatorios.

Criterios de Exclusión:

- Antecedentes de trastornos psiquiátricos.
- Enfermedades crónicas descompensadas.
- Concomitancia de otras enfermedades del sistema nervioso central asociadas.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del tratamiento o se les detectó alguna patología que contraindicó el tratamiento durante el estudio.
- Agravamiento de síntomas
- Fallecimiento.

Operacionalización de las variables.

- Edad (cuantitativa continua): Grupos por años en intervalos decimales, de 10 años según el último año cumplido.
 - 20-29
 - 30-39
 - 40-49
 - 50-59
 - 60 y +
- Sexo (cualitativa nominal dicotómica): el biológico.
 - Femenino.
 - Masculino.
- Diagnóstico tradicional: ^{30,31} (cualitativa nominal politómica) según diagnóstico sindrómico. Se tuvieron en cuenta los datos del paciente obtenidos de la Historia Clínica Tradicional, aplicando los cuatro métodos diagnósticos (inspección, auscultación-olfación, interrogatorio y palpación)

Deficiencia de xue de hígado:

Sintomatología: tez pálida y terrosa, labios pálidos, debilidad y calambres

musculares, cefalea lateral, vértigo insomnio, visión borrosa y de moscas volantes, uñas quebradizas, piel y pelo secos, menstruaciones escasas o amenorreas, lengua pálida en los bordes y pulso filiforme y rugoso.

Principio de tratamiento: Tonificar el hígado y nutrir la sangre.

Elevación de yang de hígado:

Sintomatología: Cefalea temporal y retrocular, vértigo, acúfenos y sordera, insomnio, irritabilidad, boca y garganta secas, lengua roja en los bordes y pulso cordado.

Principio de tratamiento: Disminuir el yang y tonificar el yin de hígado.

Fuego de hígado que asciende:

Sintomatología: Cara y ojos rojos, sed e irritabilidad, accesos bruscos de cólera, vértigo, cefalea temporal, gusto amargo en la boca, dormir perturbado con muchos sueños, estreñimiento y heces secas, orinas amarillas, oscuras, epistaxis, hematemesis y hemoptisis. Lengua roja con saburra amarilla seca, pulso cordado y rápido.

Principio de tratamiento: Dispersar el hígado y el fuego.

- Reacciones adversas: (cualitativa nominal politómica).

Se tuvieron en cuenta las siguientes:

Para el tratamiento con acupuntura: la reacción neurovegetativa, hematomas, punción de órganos internos, infecciones graves, sensación residual desagradable: que se considera, cuando al terminar la sesión de tratamiento, se muestra mareado con una sensación difícil de describir por el paciente.

Para el tratamiento farmacológico: náuseas, vómitos, epigastralgia y confusión mental.

- Evolución del dolor según intervalos de tratamiento (cualitativa ordinal):

Se refiere al intervalo de tiempo desde el inicio del tratamiento hasta el comienzo del alivio de los síntomas.

Se evaluó a los 1-3 días, 4-6 días, y 7-10 días, clasificándose como:

Muy Buena: si el dolor se comenzó a aliviar entre el 1- 3 días.

Buena: si el dolor se comenzó a aliviar a los 4-6 días

Mala: si el dolor se comenzó a aliviar entre los 7 a 10 días ,no hubo alivio o se agravó.

Se expresó en números absolutos y porcentajes.

- Evaluación del tratamiento según la intensidad del dolor (cualitativa ordinal):
Será la evaluación del tratamiento:

- Bueno: desaparece la cefalea o el dolor es leve para un puntaje de 1-3 con respecto al inicio del tratamiento.
- Regular: se alivia la cefalea, pero no desaparece totalmente con un puntaje de 4-6 con respecto al inicio del tratamiento.
- Malo: no se alivia la cefalea con el tratamiento, con un puntaje de 7-10 con respecto al inicio del tratamiento

Para la evaluación del dolor se utilizó la escala analógica visual EVA.La misma enumera la intensidad del dolor, con números del 1 al 10, de acuerdo a lo referido por el paciente.

Técnicas y procedimientos

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente dio su consentimiento informado (Anexo 1) después de explicarle en qué consistió el tratamiento y quedó incluido dentro de la población de estudio, la recolección de los datos se realizó a través de los registros médicos en la hoja de cargo de cuerpo de guardia y consulta externa.

Luego de quedar definida la muestra, los pacientes fueron distribuidos de forma aleatoria simple, en 2 grupos: uno experimental, al cual se les aplicó el esquema de tratamiento con acupuntura, diez sesiones diarias y otro grupo control a los que se les indicó tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios a las dosis establecidas.

En la investigación participaron un médico Especialista en Medicina General Integral, residente de la especialidad de Medicina Natural y Tradicional, quien fue el encargado de realizar la consulta e indicar los tratamientos y una enfermera Máster en Ciencias en Medicina Bioenergética la cual aplicó los mismos.

El tratamiento al grupo experimental se aplicó en 10 sesiones diarias, descansando

el fin de semana, se realizó en el área de la consulta externa de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Militar de Holguín, donde existieron las condiciones, tranquilidad y privacidad requerida para lograr los objetivos. La enfermera, después de explicar la técnica al paciente, procedió a colocar las agujas según correspondió, manteniendo siempre contacto visual con el paciente durante todo el tratamiento.

✓ Colocación de agujas.

Los pacientes fueron puestos en posición de decúbito supino, en una camilla fija especialmente condicionada para que la cabeza quedase en una posición más baja que el resto de cuerpo, se descubrieron de ropas y zapatos las zonas de los puntos seleccionados a los que se les realizó desinfección con alcohol al 86 % con torundas de algodón estériles.

Se determinó la localización de los puntos mediante la palpación en su zona con el pulpejo de un dedo semiflexionado, mediante movimientos opresivos suaves encontrando puntos sensibles al dolor, puntos con turgencias disminuidas del tejido y puntos con cierto endurecimiento del tejido.

Inserción de la Aguja: se insertaron con movimientos rápidos y continuos hasta alcanzar la profundidad requerida .Se introdujeron en diferentes ángulos con relación al plano cutáneo, en dependencia de la localización del punto seleccionado para el tratamiento:

Perpendicular (ángulo de 80 a 90°). El más frecuente.

Oblicuo (ángulo de 30 a 45°).

Horizontal o transversal (menor de 15°). Subcutáneo.

Las agujas se introdujeron a la profundidad necesaria, siempre teniendo en cuenta los principios básicos para este proceder terapéutico:

- ✓ No lesionar órganos o tejidos.
- ✓ Lograr la sensación acupuntural, DeQi (*teh-chi*).

Cuando no apareció el *DeQi*, se aplicaron diferentes métodos de manipulación para

buscarlo:

- 1) Pequeños movimientos de profundización y elevación de la aguja.
- 2) Giros continuos de 180-360 grados hacia ambos lados.
- 3) Golpeo suavemente del mango de la aguja con la uña.
- 4) Raspado del mango con la uña hacia arriba y abajo.

Una vez insertadas las agujas se procedió a estimularlas manualmente a través de movimientos giratorios de derecha a izquierda ,o izquierda a derecha en dependencia a si se iba a tonificar o dispersar, durante cinco segundos para dejarlas finalmente estáticas.

Esta estimulación se repitió dos veces más con intervalos de 10 minutos cada uno, excepto los puntos a tonificar que se retiraron a los 10 minutos, constituyendo una sesión de terapia con una duración total de 20 minutos, las agujas se colocaron cefalocaudalmente y fueron retiradas en este mismo orden; se aplicó 10 sesiones de terapia, de lunes a viernes, descansando sábado y domingo.

El proceder se realizó aplicando agujas de acero inoxidable número 26, de un CUN, que fueron previamente esterilizadas en autoclave durante 40 minutos.

- Criterios de selección de puntos: el criterio de selección de puntos se realizó de acuerdo a los principios de tratamiento y a las sugerencias de la autora según bibliografía consultada.^{30,31}

1. Dispersar Yang de Hígado
2. Tonificar y favorecer la circulación de la sangre de Hígado.
3. Eliminar viento-humedad o flema.
4. Favorecer el libre flujo de Qi.
5. Calmar el shen.

A los pacientes del grupo experimental se les aplicó el siguiente esquema terapéutico, siempre que su diagnóstico coincidiera con al menos uno de los tres síndromes principales:

Acupuntura: 10 sesiones H3, IG4, B3,VB20, DU20 + TF5,V17

⊥

T

Estos puntos se colocaron de forma bilateral exceptuando el punto DU20.

TAI - CHONG. (Grande - importante – paso). Hígado 3 (H 3)

Localización: localizado en el dorso del pie, en la depresión proximal en el primer espacio inter-metatarsiano.

Acción: elimina el fuego del Hígado y dispersa el qi de Hígado. Controla el yang del Hígado y calma el viento. Nutre la sangre y el yin de hígado, descongestiona la cabeza y los ojos, elimina la humedad-calor de Hígado y Vesícula Biliar. Regula la menstruación.

Características: punto shu-arroyo y punto yuan-fuente del meridiano de Hígado jueyin del pie.

Anatomía regional: músculos interóseos dorsales, ramas terminales del nervio peroneo profundo, ramas profundas del nervio plantar lateral.

Técnica operatoria: se insertó la aguja oblicuamente y proximal de 0,5-1 cun de profundidad.

HEGU Intestino Grueso 4, (IG 4)

Localización: Localizado en el dorso de la mano, entre el primero y segundo metacarpiano, a nivel de la mitad del segundo metacarpiano en su borde radial o al poner el pliegue transversal de la primera articulación del pulgar de una mano con una posición coincidente, la punta del índice llega donde está el punto.

Características: Punto yuan- fuente, analgésico por excelencia, favorece el flujo de qi, dispersa calor y viento.

Acción: cefalea dolor e inflamación de la garganta, y de los ojos, epistaxis, dolor dental, edema facial, contractura de los dedos, dolor del brazo, desviación de la boca

y de los ojos, enfermedades febriles, sudoración, amenorrea, parto retardado, dolor abdominal, constipación y disentería.

Técnica Operatoria: se insertó la aguja perpendicularmente, de 0.5 a 1 cun de profundidad. Anatomía regional: Aquí se halla una red de las venas del dorso de la mano y también la rama superficial del nervio facial.

Anatomía Regional: Aquí se halla una red de las venas del dorso de la mano y la rama superficial del nervio radial.

TAI-BAI. (Claridad suprema). Bazo-páncreas 3 (BP3)

Localización: En el lado medial del pie, en la depresión en la unión de la piel fina con la piel gruesa, inferior y proximal a la articulación metatarsal del dedo gordo del pie.

Características: Punto shu-arroyo y punto yuan-fuente del meridiano bazo taiyin del pie, disuelve humedad y flema.

Anatomía regional: Músculo abductor del dedo gordo del pie, músculo flexor corto del dedo gordo del pie. Nervio cutáneo dorsal medial del pie.

Técnica operatoria: se punturó perpendicular de 0,3 a 0,5 cun de profundidad.

Acción: Fortalece y tonifica el Bazo, disuelve la humedad y el calor-humedad. Armoniza el Bazo y el Estómago y elimina el calor y alivia el dolor.

BAIHUI Vaso Gobernador 20 (VG 20)

Localización: Localizado en el vértex, en el centro de una línea que une los ápex de las orejas a 7 con por arriba de la línea posterior de los cabellos.

Características: Tonifica el yang, dispersa calor y viento, eleva el qi, calma la mente. Punto sedante por excelencia.

Anatomía Regional: La red anastomótica formada por las arterias y venas temporales superficiales y las arterias y venas superficiales de ambos lados, la rama del nervio occipital mayor.

Técnica Operativa: se insertó la aguja subcutáneamente de forma oblicua, con la punta dirigida hacia atrás, de 0.3 a 0.5cun de profundidad.

FENG SHI Vesícula Biliar 20 (VB 20)

Localización: Situado en la parte posterior de la nuca, por debajo del hueso occipital, en la depresión entre la parte superior del músculo trapecio y esternocleidomastoideo.

Características: permite la libre circulación de la energía y la sangre, dispersa el viento, es analgésico y sedante.

Anatomía Regional: Las ramas de la arteria y vena occipital y la rama del nervio occipital menor.

Técnica operatoria: se insertó la aguja oblicuamente de 0.5a 0.8cun de profundidad, con un ángulo mayor de 45 grados dirigida hacia el lado opuesto.

Acción: cefalea, mareos, dolor y rigidez de la nuca, ojos rojos, y dolor ocular, rinorrea, dolor en el hombro y la espalda, enfermedades febriles y catarro.

WAIGUAN Triple función o Triple recalentador 5 (TF5 o TR5)

Localización: Localizado en la cara posterior del extremo distal del antebrazo, hacia la línea media, entre el radio y la ulna a 2 cun por arriba del pliegue de flexión de la muñeca.

Características: Es un punto enlace (pasaje).

Anatomía Regional: Profundamente están las arterias y venas interóseas anterior y posterior, el nervio cutáneo posterior del antebrazo, el nervio interóseo posterior del nervio radial, y el nervio interóseo anterior del nervio medio.

Técnica operativa: se insertó la aguja entre 0,7- 2 con de profundidad.

Acción: Se utiliza como analgésico, cuya región de influencia es la mano y el oído, y se emplea en el tabaquismo, adición a las drogas y otras afecciones

GESHU Vejiga 17 (V17)

Localización: Localizado en el dorso del tronco, a 2 traveses de dedo (1,5 cun), lateral al extremo distal del proceso espinoso de la séptima vértebra torácica.

Características: Punto de influencia sobre la sangre, la tonifica.

Anatomía Regional: Están las ramas internas posteriores de la arteria y vena intercostales. Las ramas internas posteriores del séptimo y octavo nervio torácico.

Técnica Operativa: se insertó la aguja oblicua a 0,5 cun de profundidad.

Acción: vómito, hipo, asma, tos, hemoptisis, fiebre vespertina, sudor nocturno, disfagia.

Tratamiento farmacológico utilizado para el grupo control:

Analgésicos: Diproirona o Paracetamol.

Diproirona (300mg): 600 mg /6-12 h, sin sobrepasar 2400 mg /día

Paracetamol (500mg): 0.5-1g c/4-6h, hasta 4g /día

AINE: Ibuprofeno (400mg): 400 mg /6-8h., y hasta c/4 h.

En pacientes con migrañas y náuseas o vómitos se utilizó metoclopramida (10 mg) 10-20 mg cada/8h.

Los pacientes de ambos grupos fueron evaluados en consulta al 3er y 6to día de tratamiento y al finalizar el mismo, para realizar su evaluación en la historia clínica (Anexo 3) y de esta forma poder obtener los datos necesarios y arribar a las conclusiones pertinentes.

Métodos empleados

Para el proceso de la investigación se utilizaron métodos de los niveles teórico y empírico.

1. Nivel Teórico

Análisis y Síntesis: permitió diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio, utilizándose desde la revisión bibliográfica documental hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.

Inductivo-Deductivo: Conllevó a la generalización de los resultados de los estudios bibliográficos y documentales, que se efectuó en el desarrollo de la investigación.

Hipotético-deductivo: para aprobar la hipótesis de la investigación.

2. Nivel Empírico

Observación directa: Se utilizó de manera abierta, externa y directa para obtener los datos de interés del paciente.

Revisión y análisis de documentos: Se utilizó para la recopilación y análisis de la información referida al problema, antecedentes y estado actual del mismo.

Métodos de recolección de la información:

Se realizó una revisión bibliográfica nacional e internacional sobre la acupuntura y su aplicación en el tratamiento de la Cefalea Migrañosa, para realizar la discusión del trabajo y el análisis de los resultados en correspondencia con los intereses de la investigación. A todos los pacientes seleccionados para el estudio, se les realizó un completo interrogatorio describiendo la edad y sexo. Se analizaron los síntomas clínicos antes y después de la intervención, evaluándose el resultado del tratamiento en ambos grupos. Luego se determinó el diagnóstico tradicional más frecuente en el grupo experimental y los resultados terapéuticos según el mismo. Todos los datos de los pacientes incluidos en el estudio fueron recogidos en un modelo confeccionado para este fin. (Ver Anexo 2). La autora empleó una PC Pentium 4, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas y gráficos se

realizaron con Excel XP. Los textos se procesaron con Word 2013 y las tablas se realizaron con Excel 2013.

Métodos estadísticos:

Se utilizó el programa “Sistema Docente Estadístico MedCalc”.

Los métodos estadísticos empleados fueron: Cálculo porcentual y Prueba de Hipótesis de Proporción, con un grado de significación de 95%.

- Cálculo porcentual: Se empleó para el procesamiento de la información obtenida.
- Prueba de Hipótesis de Proporción: Para la determinación de la significación estadística de los resultados.

. Aspectos éticos:

En la realización de este trabajo se respetaron los principios éticos que norman las investigaciones científicas, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki de 1976 y modificada en Edimburgo, Escocia, en el año 2002, modificada en el 2008, para la realización de estudios de investigación en seres humanos, y las regulaciones de la República de Cuba para los estudios biológicos. Esta investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución participante y todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito (anexo 1) para su inclusión en el estudio y la publicación de los resultados, previa explicación de los objetivos del trabajo.

Análisis y Discusión de los Resultados

Tabla 1. Distribución de pacientes con cefalea migrañosa según edad y sexo. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Edad	Experimental				Control				Total			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
20-29	4	9.52	1	2.38	5	12.50	2	5.00	9	10.98	3	0.37
30-39	10	23.81	3	7.14	8	20.00	4	10.00	18	21.95	7	0.85
40-49	6	14.29	3	7.14	4	10.00	7	17.50	10	12.20	10	1.22
50-59	5	11.90	5	11.90	3	7.50	2	5.00	8	9.76	7	0.85
60 y +	4	9.52	1	2.38	4	10.00	1	2.50	8	9.76	2	0.24
Total	29	69.05	13	30.95	24	60.00	16	40.00	53	64.63	29	3.54

Fuente: Datos primarios del autor.

Se observó en la tabla 1, que predominó el sexo femenino para ambos grupos con 69.05% (29) casos para el grupo experimental y 60.00% (24) casos para el grupo control. Resultó significativo también, que del total de la muestra estudiada, el grupo de edad más afectado fue el de 30-39 años en ambos grupos representado el 22, 80%.

Según la literatura revisada la cefalea migrañosa se hace más prevalente en el sexo femenino que en el masculino.^{28, 29,40} Fuentealba Cargil y colaboradores en su casuística reporta una relación mujer-hombre de 2-1 y una prevalencia de 15 a 17% en mujeres.⁴¹ Concordando con Rodríguez Álvarez y Valdés Ramos las cifras arrojaron que la mayor incidencia de pacientes portadores de Cefalea Migrañosa en la muestra estudiada pertenecieron al sexo femenino con 72.5%.⁴²

En un estudio realizado en la Universidad de Jaén, reporta que la prevalencia de la migraña, es del 15 al 18% en las mujeres y el 6 % en los hombres. También se ha

establecido que la edad más prevalente es entre los 35 a 40 años coincidiendo con nuestro estudio.⁴³

En cuanto a la edad, diversos estudios refieren se padece la enfermedad entre los 30-40 años de edad lo cual coincide con nuestro estudio.³² y no con los resultados reportados por Herman y colaboradores. Estos autores realizaron un estudio con 355 pacientes con cefalea migrañosa y una edad media de 43,5 años.⁴⁴

Silva y Venegas refieren que la migraña es más frecuente en las mujeres, aproximadamente el 15% de ellas son migrañosas y el 5% en los hombres. Por tanto, es una patología muy prevalente en este sexo. Como fue señalado, el comienzo ocurre en la adolescencia o adultez temprana; si bien es cierto que hay pacientes migrañosos que pueden comenzar con sus crisis en la cuarta década, ellos exponen que si un individuo de 50 años comienza con una clínica de migraña, por muy típica que aparezca, inmediatamente se debe colocar un signo de alarma, ya que puede tratarse de otra patología, y en la historia natural de la migraña ésta tiende a desaparecer con el paso de los años.⁴⁵

La autora refiere que la migraña tiene un perfil diferente en las mujeres, donde hay una clara relación con cambios hormonales, este tipo de cefalea frecuentemente comienza después de la menarquia, restringidas al periodo menstrual, durante la edad fértil o por aparición de trastornos hormonales los cuales coinciden con los resultados acerca de la edad y sexo. Desde el punto de vista de la Medicina Tradicional Asiática, en la mujer sobre todo en esta edad, el Chong mai y Ren mai sufren deficiencias de Qi y Xue producto al parto, menstruaciones, así como la exposición a factores patógenos, tanto exógenos como endógenos. Los no exógenos no endógenos que hacen lenta la circulación de la energía y la sangre a través de los canales y los colaterales y el yang puro, no alcanza el mar de las médulas por lo que puede aparecer cefalea.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según el diagnóstico tradicional en el grupo experimental. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Diagnóstico Tradicional	Experimental	
	No.	%
Deficiencia de xue de Hígado	23	54.76
Elevación de yang de Hígado	14	33.33
Fuego hígado que asciende	5	11.90
Total:	42	100

Fuente: Datos primarios del autor.

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según el diagnóstico tradicional donde se evidenció que la Deficiencia de Xue de hígado, fue diagnosticado a mayor cantidad de pacientes, con (54.76 %) seguido del síndrome de elevación del yang de hígado para un 33.33 % y solo cinco casos con diagnóstico de síndrome fuego de hígado que asciende.

En un estudio realizado por Arias Fajardo reportó que la mayor cantidad de pacientes tuvieron como diagnóstico tradicional déficit de Xue de hígado las pacientes estudiadas refirieron como síntomas predominantes mareos, vértigos y amenorrea.⁴⁶

Rosa Sempere en un estudio publicado en el 2014 refiere que el 50% de los pacientes tuvieron diagnóstico de estancamiento de Qi de hígado, tan habitual en el estrés, la tensión emocional, y la toxicidad es causa de reglas dolorosas, de síndromes premenstruales donde la cefalea se hace patente.⁴⁷

Maciocia G plantea, que el hígado es el encargado de defender al organismo de las agresiones externas, limpia de sustancias tóxicas y contribuye a su expulsión, controla la dispersión y el drenaje debido a que es el encargado de controlar el libre flujo de energía. Los dolores endógenos dan un dolor intermitente y persistente. Al dolor lateral de la cabeza, del lado derecho o izquierdo, se le denomina jaqueca, que

puede ser producida por una hiperfunción del Yang del Hígado o por una insuficiencia de energía y sangre. Por lo general las cefaleas en sujetos sanos son producidas por un origen externo y suelen ser de carácter agudo. Pero las cefaleas de origen endógeno suelen ser padecidas por sujetos con enfermedades crónicas o de constitución débil.³⁸

Los resultados de este estudio guardan relación ,con que este síndrome, puede ser ocasionado por una deficiencia de Qi de bazo, derivado por una dieta inadecuada e insuficiente en relación a alimentos como cereales ,carnes frutas y vegetales los cuales entrañan una insuficiencia de sangre ,datos que se obtuvieron a través de la confección de la historia clínica tradicional en varios de estos pacientes, así como el exceso de trabajo físico y mental Lo expuesto anteriormente lesiona el yin de riñón y la presencia de trastornos emocionales como la cólera, ira ,el resentimiento , ocasionan disfunción del hígado en la dispersión y drenaje del Qi, dando lugar a estancamientos .Esto ocasiona la aparición de cefalea, la cual se puede producir por cualquier trastorno que ocasione una agresión de la energía, ya sea por una plenitud o por un estancamiento en los canales energéticos, o un vacío de la energía y sangre.

Tabla 3. Distribución de pacientes según reacciones adversas durante la acupuntura. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Reacciones adversas	Nro	%
Reacción neurovegetativa	2	66,67
Hematomas	1	33,33
Punción de órganos internos	0	0
Infecciones graves	0	0
Torcedura o rupturas de agujas.	0	0
Sensación residual desagradable	0	0

N=42

Fuente: Datos primarios del autor.

Tabla 3.1. Distribución de pacientes según reacciones adversas del tratamiento medicamentoso. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Reacciones adversas	Nro	%
Nauseas	14	43,75
Vómitos	9	28,12
Epigastralgia	7	21,87
confusión mental	0	0

N=40

Fuente: Datos primarios del autor.

En las tablas 3 y 3.1 se muestran la distribución de pacientes según reacciones adversas tanto para el grupo experimental como el grupo control consecutivamente, y se observó que las reacciones adversas desarrolladas por los pacientes durante la investigación fueron escasas o casi nulas para el tratamiento con acupuntura, como se puede observar en la tabla 3, pues solo se presentaron dos casos de reacción neurovegetativa, para un 66,67%. Esta constituyó un cuadro muy ligero que resolvió con reposo en pocos minutos y solo un caso, con pequeño hematoma ,por lo cual no fue necesario suspender el tratamiento. Mientras que el grupo tratado con medicamentos, experimentaron múltiples reacciones como náuseas, vómitos y epigastralgias.

Similares resultados reportó Carrillo Pérez en su investigación, el cual refiere que la acupuntura es un proceder que no se encuentra exento de efectos adversos, siempre existen, aunque sean mínimos, un paciente presentó lipotimia, dos dolor en el lugar de la punción después de retirada la aguja, dos con sangramiento en el punto y dos presentaron hematomas. El resto, 52 pacientes (86,8 %) no presentaron ningún tipo de complicaciones. ⁴⁸

Rodríguez Álvarez observaron efectos adversos de la acupuntura en el grupo experimental, mientras en los controles presentaron intolerancia medicamentosa 8 (14%) pacientes. ⁴²

Otras investigaciones refieren que las reacciones adversas en la acupuntura son infrecuentes, pues cuando se tienen los extremos cuidados en la aplicación de la

técnica y se realiza por un personal entrenado, adecuadamente es muy difícil su aparición, mientras que en los tratamientos farmacológicos resultaron frecuentes los sangramientos digestivos, las náuseas, vómitos y la confusión mental, concordando con nuestra investigación. ^{49,50}

El sistema de notificación de reacciones adversas (Andalucía, España, Estados Unidos, el Reino Unido) ha informado de un 15,8 –25% de reacciones adversas a medicamentos atribuidas al conjunto de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos. En este estudio, la aplicación de la acupuntura como técnica complementaria ha conseguido disminuir el consumo de analgésicos en un 48%, lo que implica también la disminución en el consumo de protectores gástricos y, presumiblemente, en otros efectos secundarios de los analgésicos de todo tipo. Por otro lado, constituye una posibilidad importante de tratamiento para los pacientes con intolerancia a fármacos. ⁵¹

La búsqueda de reacciones adversas tanto a medicamentos como a la aplicación de tratamientos de otra índole, es una habilidad que debe adquirir cada profesional y convertirla en un hábito que forme parte del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. ⁵²

La autora considera que las reacciones adversas escasas que se evidenciaron, como la reacción neurovegetativa, no es considerada de gran envergadura, debido a que están ya descritas en la literatura así como la forma de resolverlas. Mientras, con el tratamiento medicamentoso resultaron frecuentes en el 50% de los pacientes. Los síntomas del aparato digestivo, producidos por la ingesta de medicamentos, son los más comunes, los cuales se registran con periodicidad en las consultas médicas y son conocidas e investigadas en la población cubana y el mundo; mientras que la inocuidad de la acupuntura cuando se aplica cumpliendo las normas establecidas y por el profesional calificado para realizarla, reflejan superioridad en relación con las reacciones adversas de un tratamiento farmacológico.

Tabla 4. Evolución del dolor según intervalo de tratamiento. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Intervalo de tratamiento	Experimental		Control		
	No.	%	No.	%	
1-3 días	12	28.57	19	47.50	<i>P=0,11</i>
4-6 días	21	50.00	13	32.50	<i>P=0,16</i>
7-10 días	9	21.43	8	20.00	<i>P=0,8</i>
Total	42	100	40	100	

Fuente: Datos primarios del autor.

Al analizar la evolución del dolor según intervalo de tratamiento (tabla 4) fue muy buena en el grupo experimental en 12 pacientes ,para un(28.57%).Antes de los tres días ocurrió la remisión del dolor, en comparación con 19 pacientes en el grupo control (47.50%) ,superando la cifra de este, así como buena en 21 casos y 13 casos para el grupo control y experimental respectivamente, siendo el tratamiento con acupuntura el que mejor evolucionó ante el dolor entre 4 y 6 días de tratamiento. La evolución fue mala en 9 pacientes (21,43%) en el grupo experimental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Augello Díaz y colaboradores en la evolución de los pacientes según comienzo del alivio de los síntomas, obtuvo resultados de buena evolución en el grupo con acupuntura en 69 pacientes, en comparación con 30 pacientes en el grupo control. ²

Asociación Cefalea en Racimos Ayuda revelaron una activación significativa en el área motora suplementaria contralateral, la corteza somatosensorial y la corteza somato-motriz ipsilateral, durante la estimulación eléctrica sin dolor de la acupuntura. Durante la acupuntura, la activación en la mayoría de estas áreas de procesamiento del dolor del cerebro se redujo significativamente. ⁵³

Según un estudio realizado por Theysohn plantea que el paciente que se somete a acupuntura tras 5 ó 6 sesiones, se sentirá más equilibrado con desaparición o alivio importante de los síntomas.A los 2 ó 3 días comienza la relajación del paciente, que dura desde horas a días, el cuerpo se cierra a estímulos externos y se prepara para

su propia reparación, lo que sugiere que la acupuntura ayuda a aliviar el dolor, coincidiendo con los resultados de esta investigación con respecto al grupo experimental.⁵⁴

La autora refiere que la mayor cantidad de pacientes a partir del cuarto y sexto día comenzaron a aliviar la cefalea, debido a que en la primera sesión de tratamiento, se manipulan los puntos sobre los canales que están desequilibrados por el flujo de Qi y Xue que han provocado la enfermedad. Luego ocurre la liberación emocional, aspecto importante dentro de la técnica, dando lugar a que una vez calmado el shen los canales y colaterales comiencen a desbloquearse y se deshacen los estancamientos de Qi y Xue, favoreciendo su libre flujo, por lo que el efecto es inmediato en este intervalo de tiempo, lo que evidencia que la acupuntura es capaz de modificar la periodicidad del dolor y aliviar los síntomas basado en su efecto analgésico inmediato. Considera que el menor número de casos del grupo experimental no tuvo alivio y mala evolución, porque si después de una relajación física y mental el efecto es inmediato reequilibrando el flujo energético, es debido a que el paciente es menos sensible o está bloqueado al efecto de las agujas.

Tabla 5. Evaluación del resultado del tratamiento según intensidad del dolor. Hospital Militar. Holguín. Junio 2014- Diciembre 2016.

Evaluación	Experimental		Control		
	No.	%	No.	%	
Bueno	31	73.81	5	12.50	P=0,001
regular	10	23.81	23	57.50	P=0,003
Malo	1	2.38	12	30.00	P=0,001
Total	42	100	40	100	

Fuente: Datos primarios del autor.

Al evaluar la efectividad del tratamiento (tabla 5) se comprobó que fue efectivo en el grupo experimental, con un mayor número en la escala de Bueno (73.81%), mientras que en los controles se evaluó de regular (57.50%). Con diferencias significativas con respecto a los resultados.

Si comparamos estos resultados con los de Rodríguez Álvarez, en su investigación encontró, desaparición del dolor al concluir el tratamiento en el 65.5% de los pacientes migrañosos tratados con acupuntura.⁴²

En una investigación realizada por Collazo demuestra que estudios previos han comprobado la efectividad de la aplicación de la acupuntura, mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes al optimizar su sueño, disminuir la incapacidad, y declinar la intensidad y frecuencia del dolor en más de un 40%.⁵⁵

Linde y colaboradores también evaluaron la efectividad del tratamiento con acupuntura de buena, los resultados obtenidos en su investigación a los tres meses de tratamiento, en cuanto a disminución de la intensidad y la frecuencia del dolor y de la discapacidad, coinciden con los de revisiones y trabajos recientes, lo que confirma la superioridad de la acupuntura frente a los fármacos.⁵⁶

Por otra parte, si bien la mejoría fue significativa a favor del tratamiento con acupuntura, también el grupo control experimentó un porcentaje menor de mejoría con el tratamiento convencional.^{57,58} Vickers señala una diferencia entre los grupos acupuntural y control después del tratamiento de un 30% a un 50%.⁵⁸

Además, la acupuntura utilizada de forma técnicamente correcta, tiene una excelente relación costo-efectividad y ha demostrado ser al menos tan efectiva como el tratamiento farmacológico profiláctico y tiene menos efectos adversos, por lo que su difusión con indicaciones adecuadas, ayudaría a paliar el gasto farmacéutico en una importante medida. La acupuntura, al ser una técnica neuroestimulativa, aleja de su campo de acción a los pacientes que no presentan un nivel de dolor importante (simuladores).^{59, 60}

Conclusiones

En la muestra estudiada predominó el sexo femenino y el grupo de edad más afectado fue el de 30-39 años. El diagnóstico tradicional por deficiencia de Xue de Hígado fue el más frecuente. Las reacciones adversas fueron escasas o casi nulas en el tratamiento acupuntural. El esquema de tratamiento propuesto tuvo muy buena respuesta en el grupo experimental, con diferencias estadísticamente significativas, con respecto al grupo control.

Recomendaciones

Realizar posteriores investigaciones, tipo ensayo clínico, que permitan corroborar la efectividad de la utilización de la acupuntura, según diagnóstico tradicional en esta patología, empleando estudios electrofisiológicos como evidencia científica en la evaluación de resultados.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. Cefaleas Nota descriptiva. [Internet]. 2016 abr [Citado el 20 ene 2017]: Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/es/>
2. Augello Díaz S. Acupuntura y técnicas de relajación en el tratamiento de la cefalea tensional. Holguín 2007-2009. [Tesis]. Holguín: Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín"; 2009.
3. Barani M. Tratamiento de la cefalea crónica con acupuntura. [Internet]. 2014 [Citado 20 ene 2017]. Disponible en: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=1320
4. Espí-López GV, Heredia-Rizo AM, Oliva-Pascual-Vaca J. Abordajes Terapéuticos No Farmacológicos para el Tratamiento de la Cefalea Tensional. Revisión bibliográfica. Eur J Ost Rel Clin Res. 2013; 8(1):2-10.
5. Espí-López GV, Oliva-Pascual-Vaca A. AtlantoOccipital Joint Manipulation and Suboccipital Inhibition Technique in the Osteopathic Treatment of Patients with Tension-Type Headache. Eur J Ost Clin Rel Res 2012; 7(1):10-21.
6. Flores A, Arias L, Azolas X, Bravo JC, Gajardo C, Poblete E, et al. Dolor Y Medicina Complementaria Y Acupuntura. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(4) 636-640.
7. Headache classification committee of the international Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 627-808.
8. Levin M. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICDH III) - Changes and Challenges. Headache 2013; 1384-1395.
9. Augello Díaz S, Trujillo Hernández Y, Arjona Pacheco M, Mederos Silva I, Zayas Alemán B, Zarzabal Hechavarría Y. Acupuntura con estimulación manual en la cefalea migrañosa. CCM. [Internet]. 2015 [Citado 3 feb 2017]; 19 (4).Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400005

10. Loreto M. Cefaleas, Evaluación Y Manejo Inicial. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(4) 651-657.
11. Salamanca G. Uso de la acupuntura como tratamiento único o combinado a la medicación convencional para la migraña y su profilaxis. Revisión sistemática de la literatura. [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
12. Pozo Rosich P. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Sociedad Extremeña de Neurología y la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria; 2015.
13. Yang J, Zeng F, Feng Y, Fang L, Qin W, Liu X, et al. A PET-CT study on the specificity of acupoints through acupuncture treatment in migraine patients. MC Complementary and Alternative Medicine 2014, 12:123.
14. Cecil y Goldman. Tratado de Medicina Interna. Vol. I. 24ª Edic. España: Elsevier; 2013.
15. Geovanis M. The Practice of Chinese Medicine. The treatment of diseases with acupuncture and Chinese herbs. Second Edition. Churchill Livingstone; 2014.
16. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Cefaleas. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. McGraw-Hill; 2014.
17. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update. Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2015; 78(17): 1337-45.

18. Yusta Izquierdo A, Cubilla Salinas MA, Sánchez Palomo MJ, Higes Pascual F. Cefalea (II). Migraña. *Medicine*. 2015; 11(70):4155-66.
19. Pascual Gómez J. Cefaleas. En: García-Navarro AA, García-Navarro CA, Mestres JA, Alcaraz Asensio A, Alcázar Arroyo R, ALEGRE DE MIQUEL, et al. Farreras. *Medicina Interna*. 18 ed. Barcelona: Elsevier España; 2012.p. 1300-06.
20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
21. Deng H, Shen X. The mechanism of moxibustion: ancient theory and modern research. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2013; 2013: 379291.
22. Hauswald B, Dill C, Boxberger J, Kuhlisch E, Zahnert T, Yarin YM. The effectiveness of acupuncture compared to loratadine in patients allergic to house dust mites. *J Allergy*. 2014; 2014: 654632.
23. Fernández Jiménez P. Cefalea aguda. Mecanismos etiopatogénicos. Actitud diagnóstica y terapéutica en Urgencias. *Medicine* 2007; 9:5610-5617.
24. Pascual J, Díaz-Insa S, Jurado C, Guerrero A, González L. Migraña y migraña crónica. En: Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011. Editor: S Díaz Insa. Comité ad hoc del Grupo de Estudios de cefaleas SEN. Thomson Reuters 2015.
25. Wu C, Qu S, Zhang J, Chen J, Zhang S, Li Z. Correlation between the effects of acupuncture at Taichong (LR3) and functional brain areas: a resting-state functional magnetic resonance imaging study using true versus sham acupuncture. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2014; 2014: 729091.
26. Nogueira Pérez C. *Acupuntura Fundamentos de Bioenergética*. TI. España: Ediciones; 2006.
27. OMS. Evidencia de la acupuntura. Barcelona: OMS; 2015.

28. Suárez Escalona A. Efectividad del tratamiento con acupuntura y ventosas en la hipercolesterolemia. Hospital Militar de Holguín. [Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas; 2015.
29. Deadman P, Al-Khafaji M, Bake K. A Manual of Acupuncture. Cambridge: University and St George's; 2005.
30. Maciocia G. Los fundamentos de la medicina China. Portugal: Aneid Press; 2001.
31. Muñoz Escudero F, Cano Vargas-Machuca E, Garrido Robres JA. Cefalea. En: Julián Jiménez A.
32. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. 3ª edición. Edicomplet-Grupo Saned; 2010.p523-534.
33. Cano Orgaz A. Protocolo diagnóstico de la cefalea de reciente comienzo. Medicina. 2015; 10:4771-4.
34. Cañadillas Hidalgo F, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Martínez Acevedo ME. Cefaleas. En Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. Barcelona: Elsevier; 2010.p 374-383.
35. Cady RK. Red flgs and comfort signs for ominous secondary headaches. Otolaryngol Clin N Am 2014; 47:289-299.
36. Martínez Larrull ME, Ganzo Pión M, Gallego Alonso-Colmeneras M, Gil López FJ. Cefalea aguda. Medicine 2011; 10(89):6005-15.
37. Cano Orgaz A. Protocolo de manejo de las cefaleas en los Servicios de Urgencias. Medicine 2011; 10:4786-90.
38. Maciocia G. Los fundamentos de la Medicina China. Portugal: Aneid Press; 2006.
39. Escalas Unidimensionales de Dolor. [Internet]. 2017 [Citada 20 ene 2017]. Disponible en: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>
40. Gil-Martínez A, Kindelan-Calvo P, Agudo-Carmona D, Muñoz-Plata R, López-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R. Ejercicio terapéutico como tratamiento

- de las migrañas y cefaleas tensionales: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Rev. Neurol 2013; 57: 433-43.
41. Fuentealba Cargil A. Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor Agudo en personas de 18 años o más, de ambos sexos en Comparación con tratamientos activos o por tratamiento con Acupuntura simulada. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2013.
 42. Rodríguez Álvarez L, Valdés Ramos Y. Evolución clínica de los pacientes con cefalea migrañosa tratados con digitopuntura. Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(1)27-38.
 43. Prieto Luque B. Efectividad de la acupuntura como terapia en el tratamiento de la migraña. Revisión sistemática. [Tesis]. Jaén: Universidad de Jaén; 2012.
 44. Herman PM, Dodds SE, Logue MD, Abraham I, Rehfeld RA, Grizzle AJ, et al. IMPACT--Integrative Medicine Primary Care Trial: protocol for a comparative effectiveness study of the clinical and cost outcomes of an integrative primary care clinic model. BMC Complement Altern Med. 2014; 14:132.
 45. Silva C, Venegas P. Cefaleas. [Internet]. 2017 [Citada 20 ene 2017]. Disponible en: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/cefaleas.pdf>
 46. Arias Fajardo JA. Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: A bordaje y manejo [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
 47. Rosa Sempere A. Hígado y cefalea. Relaciones terapéuticas. [Internet]. 2014 [Citado 20 ene 2017]. Disponible en: <http://cefaleaenracimos.org/wp-content/uploads/2014/02/H%C3%8DGADO-Y-CEFALEA-RELACIONES-TERAP%C3%89UTICAS.pdf>

48. Carrillo Pérez R. Acupuntura en el tratamiento de cefaleas vasculares. [Tesis]. Manicaragua; 2003.
49. Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. Rev CES Med. 2015; 29(2): 283-294.
50. National Institute for Health and Clinical Excellence. Headaches. Diagnosis and management of headaches in young people and adults. (Clinical Guideline 150.) 2012. Evid Act. Práct. Ambul. Jul-Set 2012; 15(3):112-114.
51. Francisco J. Carod-Artal, Pablo Irimia, David Ezpeleta. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 (10): 629-637.
52. Mix Académico. ¿Cómo se mide el dolor? [Internet]. 2017 [Citada 20 ene 2017]. Disponible en: mixacademico.alianzamedicamexicana.com/.../Evaluacion_y_clasificacio...
53. Asociación Cefalea En Racimos Ayuda. Cefalea. [Internet]. 2012 [Citada 20 ene 2017]. Disponible en: <http://cefaleaenracimos.org/>
54. Kyung-Eun H, Gizewski Elke H, Rampp Thomas M, Dobos G, Forsting M, Musial F. La acupuntura cerebral, cambios de percepción y procesamiento del dolor. Fuente. Sociedad Radiológica de América del Norte.
55. Collazo E. Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la cefalea resistente a terapias convencionales. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(8):359 –365.
56. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuntura para la profilaxis de la migraña. Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; 2009. n.o 2. Disponibilidad en: www.cochrane.org/es/.../propranolol-para-la-profilaxis-de-la-migrana

57. Vargas De La Fuente J. Eficacia analgésica de la acupuntura sobre las cefaleas hemicraneanas agudas” [Tesis]. México: Escuela Nacional De Medicina y Homeopatía; 2014.
58. Vickers A., Rees R, Zollman C. Acupuncture for chronic headache in primary care: large pragmatic, randomized trial. BMJ. [Internet]. 2014 [Citado 20 ene 2017]. Disponible en: Doi:10.1136/bmj.38029.421863.EB
59. Witt CM, Reinhold T, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN. Costeffectiveness of acupuncture treatment in patients with headache. Cephalalgia. 2008; 28:334 – 45.
60. Lu DP, Lu GP. An historical review and perspective on the impact of acupuncture on U.S. Medicine and Society. Med Acupunct. 2013; 25(5):311-6.

Anexo 1:

Consentimiento Informado:

Yo _____, estoy de acuerdo en participar en la investigación que se llevará a cabo en el Hospital Militar de Holguín en el periodo Junio 2014 – Diciembre 2016.

Mi decisión la tomo después de haber recibido una información detallada del proceder, conociendo que me someteré a una evaluación médica para confirmar mi diagnóstico desde el punto de vista de la Medicina Tradicional China, posteriormente perteneceré a un grupo experimental o a un grupo control, teniendo la posibilidad de recibir una de dos variantes de tratamiento con acupuntura o con analgésicos y antiinflamatorios, en todo momento seré objeto de entrevista, examen o tratamiento por un personal calificado y experimentado por lo que no se pondrá en riesgo mi integridad, se me respetará la decisión de no continuar en el estudio en el momento que lo desee, de acuerdo a mi voluntad y sin dar razón alguna, pero conociendo las reacciones adversas que puedo presentar durante la misma. En caso de cualquier duda o preocupación durante la investigación tengo la libertad de aclarar la misma por cualquiera de los profesionales responsables en el momento que yo lo determine, estoy consciente que el resultado final de este proceder es el beneficio de la mejoría o curación futura de mi enfermedad y la de otros casos similares que se puedan presentar, además que toda la información que se obtenga será objeto de una estricta confidencialidad.

Para que así conste firmo la presente en la ciudad de Holguín a los _____, días del mes de _____, de 2016.

Firma: _____

Firma: _____

Anexo 2:

Modelo de recolección de datos:

Nombre y apellidos: _____ **Edad:** _____ **Sexo:**

1- Antecedentes:

Ingestión de algún medicamento AINE: Si ___ No ___

Medicamento _____

Contraindicación para el uso de acupuntura _____

2- Diagnóstico tradicional:

-

-

-

3- Evolución del dolor según intervalos de tratamiento

- (1-3) días-----

- (4-6) días-----

- (7-10) días-----

4- Respuesta final al tratamiento:

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

Hábitos Tóxicos: _____

Profesión u oficio: _____

Traumatismos: _____

Trabajo y descanso: _____

Operaciones: _____

Hábitos alimentarios: _____

V. Datos positivos al examen físico en medicina occidental:

VI. Inspección

1. Observación Global.

a) Expresión _____

b) Observación del color de la cara, secreciones y excreciones:

c) Observación de la apariencia, color, constitución y postura:

2. Observación parcial cabeza y cuero cabelludo, ojos, orejas, nariz, boca y piel:

3. Observación parcial de la lengua:

a) Lengua: _____

b) Saburra: _____

VII. Auscultación - olfacción:

a) Habla, respiración, tos, hipo y eructos: _____

b) Secreciones y excreciones: _____

VIII. Interrogatorio:

1- Frio – Calor: _____

2- Sudoración: _____

3- Alimentos, apetito, bebidas, sed y deseos de tomar líquidos: _____

4- Orinas y heces fecales: _____

5- Dolor: _____

6- Sueño: _____

7- Menstruaciones y flujos: _____

8- Estado mental: _____

IX. Palpación

1- Pulsos: _____

2- Palpación general: _____

3- Exploración de canales y puntos SHU-MO: _____

4- Regiones dolorosas: _____

X. Diagnóstico tradicional:

XI. Receta de tratamiento:

Nombre y apellidos: _____ **H. Clínica:** _____

PRIMERA EVALUACIÓN : ANTES DE INICIAR SESIÓN



SEGUNDA EVALUACIÓN



TERCERA EVALUACIÓN



CUARTA EVALUACIÓN :

Firma Paciente