



ARTÍCULO ORIGINAL

La homeopatía en el tratamiento de la cefalea vascular típica

The homeopathic treatment in the typical vascular headache

Sandra Hernández García¹, Nery Rivero Giralt², Miguel Ángel Rodríguez Arencibia³, Nidia Elina Méndez Díaz⁴, Dayami Barrios Cruz⁵

¹Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría. Máster en Medicina Tradicional y en Atención al Niño. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.
marasan@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.
nerdashmi2@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer y Segundo Grado en Cirugía. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Consultante. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.
marasan@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado y Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. nmendez68@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista Primer Grado Materno Infantil. Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral al niño. Instructor. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. dayami@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 1 de febrero de 2016

Aprobado: 25 de abril de 2016

RESUMEN

Introducción: las cefaleas son un problema de salud frecuente en cualquier grupo de edad y en cualquier ámbito.

Objetivo: caracterizar la evolución clínica de pacientes que padezcan de cefalea vascular entre cinco a 18 años tratados con medicamentos homeopáticos.

Método: se realizó estudio longitudinal y prospectivo de intervención, con el objetivo de caracterizar la evolución de pacientes de cinco a 18 años en Pinar del Río (N=95), remitidos a consulta de Neurología del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" entre enero 2013 a noviembre 2014, por padecer cefalea vascular. Se conformaron al azar dos grupos de tratamiento, tomando por cada caso (Grupo I), dos controles (Grupo II). El primero recibió tratamiento homeopático y el segundo siguió el protocolo de tratamiento establecido. Se utilizaron métodos descriptivos para el resumen de variables.

Resultados: el grupo de edad de 12 a 18 fue el más representado (75,7%) en el estudio y (74,1%) en el control. La fonofobia y la fotofobia fueron los síntomas que más se presentaron en ambos grupos. La lateralidad derecha para ambos grupos tuvo una incidencia del 60%. Presentaron antecedentes familiares de cefaleas, en el grupo estudio 22 niños (66,6 %) y en el control 44 niños (70,9%).

La evolución buena se observó durante el estudio en el grupo I. Al año 97,0% de los casos fueron evaluados de bien. En los controles la evolución de bien ocurrió en el 73,0%.

Conclusión: la homeopatía es una modalidad terapéutica útil en el tratamiento de la cefalea vascular en niños.

DeCS: NIÑOS,
CEFALEA/diagnóstico/clasificación,
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

ABSTRACT

Introduction: headaches are common health problems for any age group and in any field.

Objective: to characterize the clinical course of patients suffering from vascular headache among patients from 5 to 18 years treated with homeopathic medicines.

Method: a longitudinal and prospective intervention study was conducted with the aim of characterizing the evolution of patients from 5 to 18 years old in Pinar del Río (N = 95), the patients suffering from vascular headache were referred to the Neurology Clinic at Pepe Portilla Children Provincial Teaching Hospital between January 2013 - November 2014 two treatment groups were chosen at random, taking for each case (Group I), two controls (Group II). Group I underwent homeopathic treatment and Group II followed the established protocols of treatment. Descriptive methods for the summary of variables were used.

Results: the age bracket included in the study group was comprised of children from 12 to 18 (75.7%), and (74.1%) in the control. Photophobia and phonophobia were the most representative symptoms in both groups. Right lateralization had an incidence of 60% in both groups. They presented family history of headaches, 22 children of the study group (66.6%), and 44 from the control group (70.9%). Good progress was observed during the study in Group-I where at a year of treatment 97.0% of the cases included in the study group showed good progress; meanwhile only 73.0% of the cases in the control group had good evolution.

Conclusion: Homeopathy is a useful therapeutic modality in the treatment of vascular headache in children.

DeCS: CHILDREN, HEADACHE/diagnosis /classification; HOMEOPATHIC MEDICATIONS

INTRODUCCIÓN

Las cefaleas constituyen un tema que difícilmente pierde actualidad, pues se trata de un problema muy frecuente en cualquier grupo de edad. De hecho, es uno de los síntomas que más consultas motivan, constituyendo la causa más frecuente de consulta médica en cualquier latitud y la interpretación que tienen los pacientes de su padecimiento es tan variada como causas de cefalea existen, desde un simple trastorno de refracción hasta la común sospecha del temido tumor cerebral.¹

La cefalea procede de fuera del cerebro (el tejido cerebral no tiene nervios sensitivos). El dolor puede proceder de las meninges, del cuero cabelludo y de sus vasos y nervios. Está producido por la tensión o estiramiento de estas estructuras. En un 90% de los casos puede clasificarse como una contracción o tensión muscular provocada por el exceso de trabajo o un cúmulo de situaciones estresantes, aunque en otras ocasiones aparece por herencia.²

En la cefalea se agrupan diversas afecciones con un síntoma común: dolor localizado a nivel de cabeza. Hay diferentes tipos de cefaleas según su intensidad y localización. El dolor puede percibirse en toda la cabeza o parte de la misma.² A veces se desplaza. El dolor puede ser superficial o profundo, palpitante o agudo o acompañarse de síntomas preliminares como náuseas, vómitos y trastornos visuales. Muchas cefaleas son simplemente la respuesta a un estímulo adverso, como el hambre o un cambio de tiempo. Estas cefaleas suelen desaparecer en unas horas, sin efectos posteriores.³

Algunos tipos de cefalea son especialmente dolorosos y persistentes, aunque, pese a estos síntomas, no indican una enfermedad progresiva. La migraña es una cefalea intensa e incapacitante que se precede o acompaña de alteraciones visuales o gástricas.⁴ Las cefaleas de repetición producen dolor intenso detrás de un ojo y pueden despertar por la noche al paciente durante semanas o meses.

La incidencia acumulada de dolor de cabeza durante la infancia oscila entre un 31-79% para las cefaleas y 4-14% para las migrañas, produciendo además una pérdida media de 7,8 días por curso escolar en niños de entre cinco y 15 años.⁵⁻⁷ La mitad de los adultos

migrañosos inician dolor de cabeza antes de los 15 años, y niños de hasta 1 o 2 años de vida ya pueden iniciar un síndrome migrañoso. El 40% de los niños menores de 7 años y 75% de los menores de 15 años presentan cefalea crónica o recurrente.⁸

La cefalea es la causa de consulta más frecuente en Neuropediatría, siendo bastante habitual en la infancia, y aún más, en la adolescencia. Se considera que un 66% de los niños cuyas edades están comprendidas entre los 5 y los 15 años han presentado cefaleas en el último año. En lo que respecta a la distribución por sexos, antes de la pubertad existe un ligero predominio en varones, pero a partir de la pubertad, el grupo más afectado lo componen las mujeres.^{9, 10}

La Clasificación Internacional de las Cefaleas, en su segunda edición revisada (ICHD-2R), clasifica la migraña crónica como una complicación de la migraña, definida como cefalea presente durante 15 o más días al mes durante tres o más meses, con un mínimo de ocho días al mes de cefalea que cumpla criterios de migraña o que responda a medicación específica contra la misma.⁹ La prevalencia estimada de la migraña crónica oscila entre el 1-3%, dependiendo de la población estudiada. El tratamiento supresor de las crisis, comúnmente denominado "sintomático", es obligatorio para todos los pacientes con migraña. Existe una gran variabilidad en las medicaciones para el tratamiento de las crisis de migraña, que pueden dividirse en inespecíficas, específicas y adyuvantes. Las inespecíficas incluyen los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos. Las específicas incluyen los ergóticos y los triptanes. Las medicaciones adyuvantes son los antieméticos/procinéticos, necesarios en pacientes con náuseas y vómitos.¹¹

Dada la complejidad de esta afección y los problemas que pueden ir asociados al tratamiento con medicamentos convencionales, entre los que se encuentra la cefalea de repetición, conviene apuntar aquí hacia los medicamentos homeopáticos como una alternativa eficaz y menos agresiva al tratamiento de las cefaleas.^{12,13}

Partiendo de la concepción energética como aspecto coincidente, la homeopatía se inserta en el concepto salud-enfermedad con el objetivo de equilibrar energía desordenada

para lograr curación o alivio de la enfermedad.¹⁴

En la revisión previa sobre la cefalea vascular en la provincia Pinar del Río no tienen publicaciones como antecedente investigativo de la aplicación de medicamentos homeopáticos y con ese fin se pretende caracterizar la evolución clínica de pacientes que padezcan de cefalea vascular entre cinco a 18 años tratados con medicamentos homeopáticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio cuasi-experimental (de intervención) sobre la acción de la homeopatía en la cefalea vascular en niños de cinco a 18 años de edad, remitidos a la consulta de Neurología del Policlínico de Especialidades Pediátricas del Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río, Cuba, de enero 2013 a noviembre 2014.

El universo estuvo constituido por 95 niños de esas edades que asistieron a consulta de Neurología con el diagnóstico de cefalea, según el diagnóstico clínico de migraña de la Clasificación Internacional de Cefaleas.⁹

Cefalea recurrente con intervalos libres de síntomas y al menos tres de los siguientes parámetros:

- Dolor abdominal, náuseas o vómitos asociados a la cefalea.
- Distribución bifrontal, bitemporal o hemisferiana.
- Alivio parcial o total con el vómito o después de un periodo de reposo o sueño.
- Dolor pulsátil que puede incrementarse con el movimiento o asociarse a fotofobia y/o fonofobia.
- Aura de tipo visual, sensorial, motora o autonómica.
- Antecedentes familiares de cefalea migrañosa, en uno o más miembros de la familia inmediata.

Fueron seleccionados al azar dos grupos: estudio y control, a razón de dos controles por cada caso. El grupo I (estudio o experimental, $n_1 = 33$), recibió tratamiento homeopático, en forma de gotas sublinguales

una vez al día por seis meses, mientras el grupo II ($n_2= 62$) siguió el protocolo establecido en el centro de salud mencionado por el mismo tiempo.

El diagnóstico medicamentoso objetivo de la consulta homeopática, es la elección del medicamento que se hace a través de la correspondencia de las imágenes del remedio y el enfermo, para ello es indispensable el uso de la materia médica que es el compendio de patogénesis de los medicamentos homeopáticos, donde se describen amplia y claramente los síntomas mórbidos generados por un remedio en la experimentación en pacientes en relativo estado de salud y es por tanto, una herramienta imprescindible para el análisis, el diagnóstico y tratamiento en homeopatía, pero a pesar de ello, la alta complejidad de su estructura y su extensión hacen de la materia médica un elemento que plantea dificultades en su aprendizaje. Por tanto en esta investigación se realizó la búsqueda en la Materia Médica de Kent de los medicamentos con los síntomas de cefalea y de esta manera elegir al simillimum.^{15,16}

Belladonna -30 CH. Cefaleas pulsátiles, martilleantes, violentas. La cara está roja, congestionada y la mirada brillante. Aparecen o empeoran de las 4 pm. a las 3 am. Se agravan por el calor de la cama, movimientos, luz y ruido. Mejoran en una habitación oscura, cerrando los ojos, con la cabeza apoyada y por frío local.

Bryonia-30 CH. Cefaleas violentas, de cualquier localización, con la sensación de que la cabeza fuera a estallar. Se presenta por la mañana al despertar o con el primer movimiento. Hay náuseas, vómitos y deseos de acostarse y permanecer tranquilo en la oscuridad. Se puede encontrar lengua blanca, mucha sed y constipación habitual. Mejoran por el reposo y la presión local y se agravan con el movimiento (al toser, levantarse, caminar, mover los ojos o cabeza).

Gelsemium-30 CH.

Cefaleas aturdidoras, enloquecedoras, con sensación de estallido, que comienzan en región cervical y occipital y se van extendiendo hacia arriba por toda la cabeza, hacia la frente u ojos, precedidas

por trastornos visuales (visión nublada, doble, etc.) que a menudo persisten durante la cefalea. Hay gran pesadez de párpados, no se pueden mantener abiertos los ojos. Generalmente no van acompañadas de náuseas y vómitos, sino de debilidad y temblores, con gran cansancio, aturdimiento y deseos de estar solo. Empeoran hacia las 10 am. y al mover la cabeza, por esfuerzos mentales, emociones, por el calor del sol, por fumar. Mejoran por una micción profusa, acostado con la cabeza alta, presionando y por calor local.

Iris versicolor-30 CH.

Jaquecas frontales o hemicráneas, generalmente de origen hepático. En la mitad derecha o frente, precedida o acompañada de visión borrosa, con náuseas y vómitos biliosos intensos. El hígado suele estar agrandado y sensible. Aparecen o se agravan después del desayuno, por esfuerzos mentales y por frío.

Nux vomica-30 CH. Cefalea especialmente local y en el lado izquierdo, aunque puede afectar toda la cabeza. Generalmente debidas a excesos de tabaco, café o alcohol, comilonas o falta de sueño, en sujetos de vida sedentaria, sobre todo por la mañana, al despertar o después de comer. A menudo acompañada de sabor de boca amarga, náuseas y vómitos, gran so mnolencia diurna e irritabilidad.

Sanguinaria -30 CH.

Jaquecas o hemicráneas muy intensas, que aparecen periódicamente «cada 7 días». Comienzan en región occipital y se fijan sobre todo en sien y ojo derecho, con sensación de latidos y vómitos. No tolera la luz, olores ni el movimiento. Mejora acostado en la oscuridad, al dormir y presionando la cabeza con las manos.

Al Grupo II (control, $n = 62$), se le indicaron los medicamentos establecidos para esta enfermedad en los protocolos del centro. Ciproheptadina o amitriptilina a las dosis correspondientes, 0.25 mg./Kg./día la primera y 0.3 mg./Kg./día la segunda.

En las consultas evolutivas realizadas a los 15, 30 días y al año, se evaluó la persistencia de la cefalea.

En la primera consulta se realizó la historia clínica previo consentimiento informado. Al grupo 1 (control; n = 33), se le confeccionó la historia clínica homeopática, se realizó a ambos grupos examen neurológico y examen oftalmológico detallado. En el resto de las consultas se evaluó la evolución de la cefalea y de los síntomas acompañantes.

Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión para determinar la posibilidad real o no de la aplicación del medicamento propuesto, así como los criterios de salida.

Asignación de sujetos

- Pacientes de cinco a 18 años con clínica sugestiva de migraña y no hayan recibido medicación, según los criterios descritos anteriormente.
- Exámenes imagenológicos negativos.
- Ambos sexos.
- Sin distinción de color de piel.
- Que acepten el método terapéutico una vez explicado.
- Que firmen como constancia el consentimiento informado.

Exclusión de sujetos

- Embarazadas.
- Pacientes con excitación psicomotora, convulsiones, etc.
- Pacientes con cefalea de otra etiología.
- Los no comprendidos en las edades de inclusión.

Criterios de salida

- Paciente que por libre voluntad, no deseen continuar el mismo.
- Pacientes que durante la aplicación del tratamiento, presentaran algún efecto indeseable que imposibilite continuar con el mismo.
- Interrupción del tratamiento por cualquier causa.

Variables: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares de cefaleas, síntomas, lateralidad, evolución clínica de la cefalea a los 15, 30 días y año del tratamiento.

En las consultas evolutivas se establecieron parámetros de mejoría, basados en la

disminución o ausencia de los síntomas iniciales, o los evitados, día en que clínicamente se recuperó el paciente.

Desde el punto de vista cualitativo, la evolución de los pacientes se clasificó en las categorías de: Buena, Regular y Mala, según el estado del paciente al año de aplicados los tratamientos, valorado a través de la evolución de los síntomas iniciales.

Buena

- Ausencia de cefalea en la primera consulta evolutiva.
- No necesidad de empleo de analgésicos.

Regular

- Aquellos pacientes que con disminución marcada de la cefalea en la primera consulta evolutiva.
- Necesidad de empleo de analgésicos en escasa ocasiones.

Mala

- Aquellos pacientes que no mejoraron de la cefalea en la primera consulta evolutiva.
- Necesidad de empleo de analgésicos en muchas ocasiones.

Se compararon las frecuencias de sexo y edades mediante la prueba de X^2 al 95 % de certeza para comparar la homogeneidad de los grupos de trabajo.

Se elaboró una tabla de contingencia para comparar frecuencias absolutas y relativas porcentuales con buena y mala recuperación entre ambos grupos de tratamiento. Sus frecuencias fueron comparadas mediante la prueba de X^2 al 95 % de certeza.

RESULTADOS

Del universo de niños del grupo de estudio, el 60,6% pertenecían al sexo femenino y la edad predominante fue la del grupo de 12-18 años (75,8 %). Entre los controles hubo

también predominio femenino (59,7%) y el grupo etario señalado (74,2 %) del total (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de niños con cefalea por edad y sexo en ambos grupos de tratamiento.

Grupo etario (años)	Casos					
	Masculino		Femenino		Total	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
5 - 11	3	9,1	5	15,2	8	24,2
12 - 18	10	30,3	15	45,5	25	75,8
Total	13	39,4	20	60,6	33	100
Controles						
5 - 11	6	9,7	10	16,1	16	25,8
12 -18	19	30,6	17	27,4	46	74,2
Total	25	40,3	37	59,7	62	100

Las diferencias de frecuencias en cuanto al sexo no resultaron significativas ($X^2 = 0,01$, $gl=1$, $p>0,05$), así como tampoco resultaron diferencias en los grupos de edades ($X^2 = 0,03$, $gl=1$, $p>0,05$). Es decir, los grupos resultaban homogéneos en cuanto a estas dos variables.

El comportamiento de los síntomas fue muy similar en ambos grupos, la fonofobia y la fotofobia fueron los síntomas que afectaron más a los niños en ambos grupos, estando presente en todos los casos del grupo estudio (100%) y significativamente diferentes en frecuencia en el grupo control (tabla 2). Las náuseas siguieron en orden de presentación, afectando por igual a ambos grupos (48,5% del estudio y 47,4 de los controles).

Tabla 2. Distribución de los síntomas acompañantes de la cefalea en casos y controles antes del tratamiento.

	Casos (n ₁ =33)		Controles (n ₂ =62)		X ²	p
Náuseas	16	48,5	29	47,4	0,03	0,86
Vómitos	12	36,4	13	21,0	2,63	0,10
Mareos	7	21,2	6	9,7	2,43	0,12
Fonofobia	33	100	52	83,8	5,95	0,01
Fotofobia	33	100	45	72,5	11,02	0,0006

En cuanto a la localización de la cefalea la lateralidad derecha para ambos grupos tuvo una incidencia del 60%.

La presencia de antecedentes familiares de cefalea en los niños estudiados de ambos grupos tanto en la línea materna como la paterna, tuvo un comportamiento similar.

En el grupo estudio el 33,3 % de los niños no tuvieron antecedentes familiares de la

enfermedad; en el control el 29% de los niños ($X^2 = 0,19$, $gl=1$, $p = 0,66$).

La evolución de la cefalea vascular a los 15 días de tratamiento fue mejor en el grupo estudio con un 91,0%, mientras que entre los controles solamente un 52 % de los 62 niños tuvo una evolución buena y el 24,0% evolucionaron mal (tabla 3). Diferencia que resultó altamente significativa ($X^2 = 15,67$; $gl=2$; $p = 0.0004$).

Tabla 3. Evolución de la cefalea vascular a los 15 días del tratamiento

Evolución de la cefalea vascular					
Buena		Regular		Mala	
Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)	Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)	Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)
30(91,0%)	32(52,0%)	3(9,0%)	15(24,0%)	-	15(24,0%)

Nota: porcentos sobre el total de individuos en cada grupo.

La evolución de la cefalea vascular a los treinta días del estudio para ambos grupos, mostró que ningún síntoma evolucionó mal para el grupo estudio, disminuyó el número de pacientes con evolución mal de los controles, aumentando la significación estadística (tabla 4, $X^2 = 29,04$; $gl=2$; $p = 4,9 \times 10^{-7}$).

Tabla 4. Evolución de la cefalea vascular a los 30 días del tratamiento

Evolución n ₁ =33 n ₂ =62					
Buena		Regular		Mal	
Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)	Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)	Estudio (n ₁ =33)	Control (n ₂ =62)
30(91,0%)	38(61,0%)	3(9,0%)	23(37,0%)	-	1(2,0%)

La respuesta del tratamiento al año de aplicado fue buena para el grupo de estudio en 97,0% de los casos, solo un paciente tuvo evolución regular, no se presentaron pacientes con mala evolución. En cuanto al grupo control el 73% de los pacientes evolucionaron bien, el 24,0% regular y un 3,0% mal ($X^2 = 22,31$; $gl=2$; $p = 1,4 \times 10^{-5}$).

En ambos grupos la evolución buena fue mayor, favoreciendo más a los niños del grupo 5 a 11 años (tabla 5).

Tabla 5. Respuesta al tratamiento de la cefalea vascular al año de aplicado

Frecuencias absolutas	Grupo estudio			Grupo control		
	5-11	12-18	total	5-11	12-18	Total
Respuesta al tratamiento						
Buena	8	24	32	10	35	45
Regular	-	1	1	5	10	15
Mal	-	-	-	1	1	2
Total	8	25	33	16	46	62
Frecuencias relativas porcentuales						
Buena	24,0	72,7	97,0	16,1	56,4	73,0
Regular	-	3,0	3,0	8,0	16,0	24,0
Mal	-	-	-	1,6	1,6	3,0
Total	24,0	76,0	100	26,0	74,0	100

DISCUSIÓN

La cefalea ha sido considerada como la dolencia médica más frecuente de nuestros tiempos, siendo la migraña la causa más frecuente de cefalea en la infancia.^{7,17-19} Por este motivo se decidió en el presente estudio, caracterizar su evolución clínica con la aplicación de medicamentos homeopáticos.

En investigación realizada en la consulta de Neurología pediátrica del Hospital General "Comandante Pinares" del municipio San Cristóbal, provincia Artemisa, el mayor número de casos ocurrió en los grupos de 10-15 años, n= 90 para 78,3%, observándose que en estas edades la frecuencia de casos de migraña en el sexo femenino fue significativamente mayor respecto al sexo masculino ($p < 0.05$). En los pacientes menores de 10 años esta proporción se invirtió siendo los varones los más afectados.¹⁰ Existió correspondencia con la presente investigación en cuanto al sexo, no ocurrió así con el grupo de edad.

Riesgo Mayea y colaboradores obtuvieron que la localización del dolor en hemicránea y su carácter pulsátil son más frecuentes en los niños mayores de 10 años, mientras que en los de menor edad predomina la localización frontal, así como el carácter no pulsátil del dolor.¹⁰

Diversos estudios han demostrado la evolución a la bilateralidad del dolor con el avance de la edad de la niñez a la adultez, lo que parece ser el resultado de diferencias en el grado de maduración cerebral, comprometiendo la mielinización, formación de nuevas sinapsis y la reorganización sináptica.⁹

La migraña es un trastorno genético específico que afecta la estabilidad vascular y se caracteriza por ataques paroxísticos de dolor cefálico con intervalos libres de síntomas.^{10,17} La historia familiar es positiva entre 70 y el 90 % de los casos.⁹ Por otra parte, existen autores que reportan un alto porcentaje de historia familiar de migraña en todos los grupos de edades estudiados por ellos; al respecto, señalan que este antecedente puede ser el mayor factor de riesgo en niños, y puede ser muy útil para el diagnóstico.^{17,18} En esta investigación se confirmó lo antes expuesto.

Estudios existentes sobre migraña y factores de riesgo de las crisis permiten confirmar que los familiares de primer grado de pacientes migrañosos tienen un mayor riesgo que los controles no migrañosos, y es superior el número de madres con migraña que el que se encuentra en la línea paterna. Existen múltiples estudios sobre la herencia que señalan su complejidad, ya que no solo intervienen factores genéticos, sino también ambientales.¹⁸

La migraña constituye un trastorno de considerables dimensiones. Se calcula que las empresas norteamericanas pierden entre 5 000-17 000 millones de dólares anuales por esta causa y que el costo por paciente está cerca de los 900 dólares por año.¹⁹ En Cuba hasta el 2% de la población infantil padece de migraña y en el territorio oriental de la provincia Pinar del Río representa la causa más frecuente de asistencia a la consulta de Neuropediatría.¹⁰

Una investigación realizada en 76 niños en Caracas, Venezuela, se resalta que la cefalea fue unilateral en el 48,1%, la localización predominante fue la región frontal que ocurrió en 82 niños para un 51,9%; el estrés fue un desencadenante de importancia en 71 pacientes con un 44,9%, particularmente en lo relacionado con exigencias escolares; en 96 niños, el 60,8%, la frecuencia de las crisis estaba entre dos y tres por semana y la duración de la cefalea fue menor de dos horas en cien para un 63,3%. El tipo predominante de aura fue el visual (22,8%). Además en ese estudio la migraña complicada que se observó en el 13,5% de 148 pacientes, se caracterizó por hemiparesia en seis pacientes, parestesias en siete, disartria en cuatro y disartria asociada a parestesias en tres.¹⁹ En el estudio realizado predominó la lateralidad

derecha y ninguno de los pacientes presentó aura.

La fisiopatología de la migraña es cada vez mejor comprendida. Las personas con migraña crónica presentan complejos cambios morfológicos y funcionales en el sistema nervioso central que sugieren alteraciones en la modulación de la percepción del dolor. Algunos de estos cambios se han observado solo durante las crisis migrañosas agudas para desaparecer en la fase interictal, mientras que se observan en forma permanente en las personas con migraña crónica. Debido a la discapacidad que se asocia con la migraña crónica, estos conocimientos son trascendentes para orientar la terapia preventiva.¹⁷

La Academia Americana de Neurología (AAN), de EE.UU. recomienda iniciar la terapia preventiva cuando, en opinión del paciente, la recurrencia de la migraña interfiere con la vida diaria, las crisis ocurren más de cuatro días por mes, o menos de cuatro días pero el tratamiento agudo no obtiene respuesta o está contraindicado. Es altamente individualizado. Las medidas generales de modificación del estilo de vida incluyen: eliminar el consumo de cafeína, realizar actividad física regular, comer y dormir con un cronograma regular; se debe además tratar la comorbilidad psiquiátrica (en especial, la ansiedad y la depresión). Se deben evitar los desencadenantes o agravantes del dolor, el abuso de medicación y la utilización de analgésicos combinados, de opiáceos y de ergóticos. El objetivo de la terapia preventiva es reducir al menos 50% la frecuencia y la gravedad de las crisis, disminuir la dependencia de la medicación aguda, y mejorar la calidad de vida de las personas con migraña.¹⁹

En este estudio se emplearon medicamentos homeopáticos para tratar la migraña, los resultados fueron satisfactorios. La homeopatía es un sistema médico complejo, que está formado por una morfología, una dinámica vital, una doctrina, un sistema diagnóstico y uno terapéutico, que conforman la racionalidad médica.^{5,20} En su origen tiene principios epistemológicos dados por el vitalismo, contempla un concepto de salud enfermedad claro y compatible con sus principios, entendiendo la salud como «la fuerza vital que dinámicamente anima el cuerpo material, gobierna con poder ilimitado

y conserva todas las partes del organismo en admirable y armoniosa operación vital...» y comprendiendo a la enfermedad en los siguientes términos: «cuando una persona cae enferma, es solamente la fuerza vital inmaterial y activa por sí misma y presente en todo el organismo, la que sufre desde luego la desviación que determina la influencia dinámica del agente morboso, el principio vital únicamente, en estado anormal, es el que puede dar al organismo las sensaciones desagradables e inclinarlo a las manifestaciones irregulares que llamamos enfermedad...»⁵ y un sistema diagnóstico y una modalidad terapéutica forjados en la individualidad, la semejanza, el remedio único y la dosis infinitesimal, bajo la premisa de entender el individuo como una totalidad, constituyéndose en una medicina integradora.¹⁴

La homeopatía, al tomar al ser en su universalidad y considerando imprescindibles todos los factores asociados en su entorno, se convierte en una herramienta altamente eficaz para el acercamiento a la forma de enfermar del individuo, en el que no necesariamente se parte de un hallazgo físico-patológico, ofreciendo un gran número de posibilidades al médico a la hora de enfrentar un paciente.²⁰ Concluimos que la homeopatía puede emplearse como otro método terapéutico en el tratamiento de la cefalea migrañosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolor de cabeza. Cefalea. Migraña. Tratamientos y Remedios de Medicina Natural. [Internet]. Madrid: Clínica Katibi Internacional; 2012 [actualizado 1 mar 2013; citado 11 Mar 2013]. Disponible en: <http://saludbio.com/articulo/dolor-de-cabeza-migra%C3%B1a-cefalea-tratamientos-naturales>
2. Gómez Ayala AE. Cefalea en la edad pediátrica. Clínica y tratamiento. [Internet]. Madrid: Educación Sanitaria; 2009 [actualizado 1 mar 2013; citado 11 Mar 2013]. Disponible en: http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?f=13&idContenido=13139753&idCategoria=4 HYPERLINK

- 3.** Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol. [Internet]. 2012 [citado 11 Mar 2013]; 54 (Supl 2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/54S02/bhS02S031.pdf>
- 4.** Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol [Internet]. 2012 [citado 11 Mar 2013]; 54(10): [Aprox 9p.]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5410/bh100629.pdf>
- 5.** Hernández Flores E. Tratamiento alternativo de la cefalea. [Internet] México: Tlahui-Medic.; 2007 [actualizado 5 mar 2013; citado 11 Mar 2013]. Disponible en: http://www.tlahui.com/medic/medic24/cefalea_elda.htm
- 6.** Saavedra de Arango G, Rojas Cerón CA. Cefalea en pediatría. Revista Gastrohnpup [Internet]. 2013 [citado 6 marzo 2015]; 15 (1 Suppl 1): [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://revgastrohnpup.univalle.edu.co/a13v15n1s1/a13v15n1s1art4.pdf>
- 7.** Umaña Giraldo HJ, Medina Morales DA, Valladales Restrepo LF. Claves diagnósticas de las cefaleas. Revista Médica de Risaralda. [Internet]. 2012 [citado dic 2015]; 18(2): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7703>
- 8.** Velasco-Benítez CA. Dolor abdominal en niños relacionado con desórdenes gastrointestinales funcionales. Revista Gastrohnpup [Internet]. 2010 [Citado en 11 dic. 2015]; 12(3): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://revgastrohnpup.univalle.edu.co/a10v12n3/a10v12n3art8.pdf>
- 9.** Belvís R, Mas N, Roig C. Novedades en la reciente Clasificación Internacional de las Cefaleas: clasificación ICHD-III Rev Neurol [Internet]. 2015 [citado 2015 Dic 10]; 60 (2): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6002/bn020081.pdf>
- 10.** Riesgo Mayea LC, Dorta Correa Y, Cruz Robaina JC, Pérez Soler A, Padrón Iglesias E. Comportamiento clínico epidemiológico de la cefalea migrañosa en la infancia. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2012 [citado 16 marzo 2015]; 16(5): [Aprox 7p]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/977>
- 11.** Visens S L. Actualización en la prevención y Tratamiento de la Migraña. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2014 [citado: 16 marzo 2015]; 74(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802014000200015&script=sci_arttext&tlnq=pt
- 12.** Velásquez Echeverri AC. Software Multimedia para la Enseñanza y Aprendizaje de Seis Medicamentos Homeopáticos Usados en Niños Cuando su Principal Síntoma es la Irritabilidad [Internet]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2012. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=Software+Multimedia+para+la+Ense%C3%B1anza+y+Aprendizaje+de+Seis+Medicamentos+Homeop%C3%A1ticos+Usados+en+Ni%C3%B1os+Cuando+su+Principal+S%C3%A0ntoma+es+la+Irritabilidad.&btnG=&lr=lang_es
- 13.** Dolor de cabeza. Cefalea. Migraña. Tratamientos y Remedios de Medicina Natur. [Internet]. Madrid: Saludbio. Medicina Natural; 2013 [actualizado 5 mar 2013; citado 11 Mar 2013]. Disponible en: <http://saludbio.com/articulo/dolor-de-cabeza-migra%C3%B1a-cefalea-tratamientos-naturales>
- 14.** Ramos Padilla K, Echeverría Cruz Y, Hernández Echevarría DC, Hidalgo Musa M. Sedación con medicamentos y homeopatía para estudio electroencefalográfico en niños. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2015. [citado 11-12 -2015]; 19(5): [Aprox 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500005
- 15.** Riverón Garrote MN. La homeopatía como propuesta válida para la atención primaria de salud Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 [citado 11-12 -2015]; 28(2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200007&script=sci_arttext
- 16.** Danno K, Colas A, Masson JL, Bordet MF. Homeopathic Treatment of Migraine in

Children: Results of a Prospective, Multicenter, Observational Study. The Journal of alternative and Complementary Medicine [Internet]. 2013[citado 09 feb 2015]; 19(2): [Aprox.5p.]. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/acm.2011.0821>

17. Palencia Gutiérrez CM, Jaimes VH, Durán EC, Cornejo Ochoa JW, Machuca JC, Guevara Colón RI, et al. Cefalea en la infancia: experiencia clínica en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Doctor Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela Iatreia [Internet]. 2012 [citado dic 2015]; 25(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932012000300005

18. Pérez Galdos P. Aspectos electroencefalográficos y asociación electroclínica de la migraña infantil: Posible relación con la epilepsia. Acta méd. peruana, Lima [Internet] oct. 2011[citado dic 2015]; 28(4). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta medica/2011_n4/pdf/a04v28n4.pdf

19. Palencia Gutiérrez CM, Jaimes VH, Cañizales Durán E, Cornejo Ochoa JW, Machuca JC, Guevara Colón RI, et al. Cefalea

en la infancia: experiencia clínica en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Doctor Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela. Iatreia. [Internet]. 2012 [citado: 16 marzo 2015]; 25 (3): [Aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a05.pdf>

20. González Sánchez AM, González Hernández JR, Frómeta Rivaflecha G, Morales Alcolea Y. Efectividad de remedios homeopáticos en niños operados de estrabismo MEDISAN. [Internet]. 2014 [citado: 16 marzo 2015]; 18(10). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/SAN%2018%2810%29/HTML/san011810.htm>



Sandra Hernández García:

Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría. Máster en Medicina Tradicional y en Atención al Niño. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río. ***Si usted desea contactar con el autor principal de la investigación hágalo [aquí](#)***
