

### TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO DE LAS CEFALÉAS VASCULARES PRIMARIAS EN SERVICIO DE URGENCIAS

*Homeopathic treatment of vascular cephalaeas in the emergency service*

**Dra Ana B. Rodríguez\*, Dra Nery B. Truit Bernal\*\*, Dr Eliecer S. Rodríguez Sánchez\*\*\***

**Lic. Olga L. Barreras; López\*\*\*\*; Lic. María J. Bango de Varona\*\*\*\*.**

\* *Especialista de I Grado en MGI*

\*\* *Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesor Asistente. Máster en MNT. Diplomado en Homeopatía.*

\*\*\* *Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Profesor Asistente. Diplomado en Homeopatía*

\*\*\*\* *Lic. Informática*

### RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado fase II temprana, abierto, secuencial para evaluar la eficacia de los remedios homeopáticos en los pacientes que acudieron a consulta por cefalea vascular primaria al cuerpo de guardia del Policlínico "Carlos J. Finlay" y a la consulta de medicina natural y tradicional del Hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" en el período comprendido entre octubre de 1997 hasta noviembre de 1998. La muestra se recogió de 60 pacientes entre los 15 y 60 años de edad, a los que se les aplicó una encuesta. Los datos se procesaron de forma computarizada y se expusieron en textos y gráficos. Mediante esta terapéutica se logró la desaparición de la cefalea en el 85% y su alivio en el 15% de los pacientes. De 142 síntomas neurovegetativos combinados se logró la desaparición de 121 (85.2%) y el alivio de 21 (14.7%); por los resultados obtenidos se concluye considerando el esquema propuesto como útil, eficaz e inócuo.

**DeCS: CEFALALGIA VASCULAR; TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA; URGENCIAS MÉDICAS**

### ABSTRACT

An open early phase II randomized clinical trial was carried out to evaluate homeopathic medications in patients treated for primary vascular cephalgia at the emergency room of "Carlos Juan Finlay" Clinic and at the Natural and Traditional Medicine Department in the "Óctavio de la Concepción y de la Pedraja" Hospital from October 1997 to November 1998. The sample was taken from 60 patients aged 15 to 60 years. Data were collected and processed in a computer and later represented into graphics and charts. Due to the aforementioned, cephalgia disappeared in 85% of patients while 15% were relieved. 121 out of the 142 combined neurovegetative symptoms disappeared and 21 were alleviated. Taking into account these results, it can be said that the suggested treatment is useful, accurate and innocuous.

## **DeCS: VASCULAR HEADACHE; HOMEOPATHIC THERAPEUTICS; EMERGENCIAS**

### **INTRODUCCION**

El principio homeopático de "lo similar puede curar lo similar" fue encontrado por Hipócrates (siglo V a.n.e.) y constituye la base de la Homeopatía, "Similia Similibus Curentur". Hahnemann (1755-1843), al realizar la traducción de la materia médica de Cullen al alemán, observa que el cuadro de la Quina es idéntico al que se presenta en la malaria y aplicando ese principio decide utilizar la Quina como tratamiento de esta enfermedad obteniendo magníficos resultados (1).

Hahnemann ensayó en él mismo otros medicamentos, ejemplo: Azufre produce erupciones pruriginosas, Belladona fiebre alta con eritema, etc. hasta llegar a conclusiones que le permitieron publicar sus resultados, a este método lo denominó Homeopatía (1796).

Este vocablo fue acuñado por Hahnemann a partir de la palabra griega Homoiós (semejanza) y Pathos (enfermedad) y hace referencia a la relación que debe existir entre un medicamento y la enfermedad a la que se le aplica para que se produzca la curación (2).

La mejor definición de la Homeopatía es la contenida en las cuatro reglas fundamentales establecidas por el propio Hahnemann que constituyen los cuatro principios actuales de la Homeopatía (3):

1. Experimentación de los remedios para ser usados, en el hombre sano.
2. Selección y administración de los remedios de acuerdo con la ley de la similitud.
3. Remedio único.
4. Dosis mínima.

La Homeopatía es altamente individualizante (3), requiere de un minucioso proceso de análisis: observar, escuchar, anotar, examinar; y de síntesis: valorar, jerarquizar, repertorizar, prescribir. Además sustenta una definida estrategia en el abordaje y tratamiento del paciente agudo y crónico (5-7).

El presente ensayo enfrenta el reto de la utilización de varios remedios homeopáticos en el tratamiento agudo de las cefaleas vasculares primarias (común y clásica).

Durante mucho tiempo, envuelta en mitos populares y errores médicos, la migraña ha sido un padecimiento del que se encuentran referencias en escritos hace más de seis mil años.

La migraña corresponde a un proceso de episodios recurrentes con evolución bien delimitada en el tiempo de duración. En ellos coexisten en mayor o menor grado manifestaciones nociceptivas (dolor), manifestaciones vegetativas (náuseas, vómitos), manifestaciones afectivas (ansiedad, depresión). Esta situación define el concepto de migraña sin aura o migraña común. Si además de las anteriores aparecen manifestaciones de carácter neurológico focal, la crisis se define como migraña con aura o migraña clásica (14).

Constituye la cefalea el dolor que con mayor frecuencia padece el ser humano, ya sea como parte de un cortejo sintomático o como un síntoma único (Truit Bernal NB. Auriculoterapia. Resultado en el tratamiento de urgencias de las Cefaleas Vasculares Primarias (común y clásica). □ Tesis para optar por el título de Master en Medicina Natural y Tradicional □ . 1996. Hospital Militar Provincial Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y de la Pedraja"; Camagüey). (15-26).

La elevada frecuencia en la población, la pérdida de horas de trabajo y su repercusión económica ocasionada por esta afección nos motiva a realizar un ensayo clínico con el objetivo de evaluar la eficacia de los remedios homeopáticos seleccionados en el tratamiento de urgencia de las cefaleas vasculares primarias.

## **METODO**

Se realizó un ensayo clínico, aleatorizado, fase II temprana, abierto, secuencial, para evaluar la eficacia de los remedios seleccionados en el tratamiento según los criterios del Comité Internacional para el Estudio de la Cefalea. I.H.S. (15). Se escogieron 60 pacientes que acudieron al cuerpo de guardia del policlínico "Carlos J Finlay" y a la consulta de medicina natural y tradicional del hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" en la provincia de Camagüey con el diagnóstico de cefalea vascular primaria, y edades entre 15 y 60 años, en el período comprendido entre octubre de 1997 a noviembre de 1998. A este grupo de pacientes se les aplicó tratamiento homeopático utilizando Silicea 6 CH, Pulsatilla 6 CH, Gelsemium 6 CH y Arnica Montana 6 CH.

La magnitud de la muestra se definió según los criterios de la FDA (27) para el diseño utilizado en un ensayo clínico fase II temprana y la constituyeron los primeros 30 pacientes de cada tipo de cefalea vascular primaria (común y clásica) que acudieron al servicio de urgencias y que cumplieron los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión. Fue necesario excluir en el proceso de selección a 18 pacientes, seis 6 con cefalea tensionales, seis con cefalea hipertensivas y otros seis que recibieron tratamiento alopático en las seis horas previas al tratamiento. La totalidad de los pacientes incluidos permanecieron en el estudio.

Los pacientes fueron incluidos en cada grupo según orden de incorporación se les aplicó una encuesta y una vez llenada ésta, se convirtió en la fuente primaria de datos.

Para el diagnóstico, selección y recolección de los datos se utilizaron varios modelos:

I.- Modelo de consentimiento informado (Anexo -1).

II.- Modelo de encuesta de la investigación (Anexo - 2).

## II.- Modelo de incluidos y no incluidos (Anexo – 3).

### **Tratamiento:**

El tratamiento se realizó según la localización topográfica del dolor y los remedios Homeopáticos; la selección de estos se efectuó según las materias médicas revisadas (7- 12).

- Silicea = Localizaciones: hemicraneal, frontoorbitario, vertex y vertex hacia occipusio.
- Pulsatilla = Localizaciones: temporales y parietales
- Gelsemium = Localizaciones: occipital, occipito nual, occipito frontal y columna cervical con irradiación a occipital y a toda la cabeza.
- Arnica Montana = Localizaciones: frontal supraorbitario con irradiación a temporales.

Se administraron cinco gotas sublingual cada cinco minutos hasta cuatro dosis, se dio 10 sucusiones (golpes secos al fondo del frasco sobre la palma de la mano opuesta) antes de cada administración del producto, luego se guardó rápidamente el gotero en el frasco del mismo.

La eficacia se evaluó a través del interrogatorio a los 15, 20 y 30 minutos después de terminado el tratamiento, utilizando variables tipo escala, la variable principal de respuesta es el tiempo (minutos señalados anteriormente) que demoran en desaparecer los síntomas.

Los síntomas neurovegetativos considerados como: manifestaciones digestivas (náuseas, vómitos); sensitivas (fotofobia, sonofobia e hipersensibilidad olfatoria), cutáneos (palidez, frialdad), visuales (fotopsia, escotomas, amaurosis) y otras manifestaciones como mareos, torpeza, parestesias, hemiparesia, alteraciones de la conciencia, fueron evaluados con las mismas variables tipo escala pero en el límite máximo del tiempo planeado, 30 minutos. Las variables se relacionan a continuación.

**Asintomático:** Cuando se produce desaparición del dolor y de los síntomas neurovegetativos pudiendo el paciente incorporarse a sus actividades habituales.

**Mejorado:** Cuando el paciente refiere que continúa el dolor y los síntomas neurovegetativos pero de menor intensidad.

**Igual:** El paciente continúa con el dolor y los síntomas neurovegetativos con la misma intensidad con que aparecieron.

Los datos recogidos fueron introducidos y procesados estadísticamente en una microcomputadora Pentium, con el Programa Systat, a su vez los gráficos fueron elaborados en el programa Microsoft Excel.

Para dar salida al primer objetivo se elaboraron dos gráficos mediante distribuciones de frecuencias, uno que expresa los grupos de edades y otro el sexo independientemente al tipo de cefalea.

Para dar salida al segundo objetivo se elaboró un gráfico hallando distribuciones de frecuencias que agrupó los dos tipos de cefalea: común y clásica. Se consideró un nivel de significación estadística cuando  $p < 0.05$ .

Con la finalidad de responder al tercer objetivo se elaboraron dos gráficos mediante el test de hipótesis de proporciones, uno que agrupó el tiempo considerado y los resultados obtenidos de forma global, independientemente del tipo de cefalea y otro que expresa el tiempo considerado para cada tipo de cefalea.

Para el cuarto objetivo se hizo una distribución de frecuencia de los síntomas neurovegetativos y se asoció en un gráfico con la evolución de los mismos, obtenidos como respuesta al tratamiento. La relación entre la evaluación de los síntomas neurovegetativos posterior al tratamiento en ambos grupos, se realizó mediante el test de hipótesis de proporciones para un nivel de significación menor de 0.05.

Para dar salida al objetivo No. 5 se describen las manifestaciones referidas por los pacientes.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

Los grupos de edades donde se encontró el mayor número de pacientes correspondieron a las edades medias de la vida, 30-44 años, coincidiendo con la literatura revisada (15-25). En ellos se agruparon 39 pacientes que representaron el 64%. (Gráfico 1).

De los 60 pacientes, 46 (77%) correspondieron al sexo femenino y 14 al masculino (23 %), lo que también coincide con la literatura revisada (15-25). (Gráfico 2).

Los síntomas que propusimos modificar según la hipótesis de nuestra investigación son en esencia el dolor y los síntomas neurovegetativos asociados.

En relación al dolor de cabeza propiamente dicho obtuvimos los siguientes resultados: A los 30 minutos de realizado el tratamiento se obtuvo remisión total del dolor en 25 pacientes (83.3%) del grupo de cefalea común y en 26 pacientes (86.6%) del grupo de cefalea clásica. El resto de los pacientes 16.6% de la común y 13.3% de la clásica, obtuvieron mejoría del dolor en igual período de tiempo. Ningún paciente mantuvo igual los síntomas, ni empeoró posterior a la aplicación del tratamiento (Gráfico 3). En este gráfico donde se relacionan ambos grupos con las categorías obtenidas en los resultados, se observa un franco predominio hacia los resultados satisfactorios, donde predominan los asintomáticos, sin existir significación estadística en dicha relación ( $P > 0.05$ ). Es decir, independientemente del tipo de cefalea (común o clásica), el dolor desapareció en la mayoría de los pacientes (85%), y disminuyó en la minoría (15%) (Gráfico 3).

El comportamiento en la modificación del dolor a través del tiempo fue adquiriendo matices en cada grupo en relación a las modificaciones, pero termina en un denominador común la desaparición en los últimos 10 minutos de la observación. Se consideró en el análisis las categorías de igual, mejorado y asintomático evolutivamente en el tiempo, excluyendo la de empeorado pues no hubo ningún paciente en la misma. Para establecer una comparación entre ambos grupos en el límite de tiempo señalado, realizamos un análisis simultáneo, para ello nos basamos en los resultados que se expresan en los Gráficos (4 y 5).

A los 15 minutos, en el grupo de pacientes con cefalea común sólo quedaban con iguales síntomas tres pacientes (10%). 26 habían alcanzado la categoría de mejorados (86.6%) y 1 (3.3%) ya se encontraba asintomático. En el grupo de pacientes con cefalea clásica dos (6.6%) permanecían igual, muy semejante al otro grupo de cefalea 26 pacientes (86.6%) mejoraron y dos (6.6%) ya se encontraban asintomáticos.

A los 20 minutos, en el grupo de pacientes con cefalea común solo quedó un paciente (3.3%) en la categoría de igual, 17 pacientes (56.6%) alcanzaron la mejoría y 12 (40%) se encontraban asintomáticos. En el grupo de pacientes con cefalea clásica uno se mantenía con iguales síntomas (3.3%), alcanzaron la mejoría 18 (60%) y la remisión total del dolor 11 pacientes (36.6%). Hasta este momento los resultados obtenidos como asintomáticos son de 13 pacientes (43.3%) para cada tipo de cefalea.

En los últimos 10 minutos de observación, es decir a los 30 minutos del tratamiento, los pacientes en ambos grupos, solo se encontraban en las categorías de mejorado y asintomático. En el grupo de pacientes con cefalea común cinco (16.6%) conservaron la categoría de mejorado y 25 evolucionaron satisfactoriamente hacia la desaparición del dolor. Entre los 20 y 30 minutos de la observación el 83.3% de los pacientes alcanzó la máxima categoría de los resultados.

En el grupo de cefalea clásica, en los últimos 10 minutos de observación cuatro pacientes (13.3%) permanecieron en la categoría de mejorado y 26 evolucionaron satisfactoriamente hacia la de asintomático, al igual que en el grupo anterior entre los 20 y 30 minutos de la observación se muestra con una respuesta intensa y favorable, alcanzando el 86.6% de los pacientes la desaparición total del dolor.

Dado que un elemento fundamental para el diagnóstico de la migraña es la presencia de manifestaciones neurovegetativas asociadas al dolor, se estudiaron las mismas en ambos grupos de pacientes, las que encontramos distribuidas atendiendo a su frecuencia y a la respuesta terapéutica, (Gráfico 6). ([Ver Gráficos](#))

Dentro de las manifestaciones digestivas encontramos las náuseas en 21 pacientes (70%) del grupo con cefalea común y en 17 (56.6%) del grupo con cefalea clásica.

Obsérvese en nuestra investigación como predominó el número de pacientes con náuseas en la cefalea común, el test de hipótesis de proporciones nos da una significación estadística de  $P = 8.414 E - 3$ , nos indica que existe una relación entre las náuseas y el tipo de cefalea común, lo que se corresponde con la literatura revisada. Este síntoma desapareció en ambos tipos de cefalea a los 30 minutos de terminado el tratamiento. Truit lo reporta en un 90% y 93% respectivamente (16), Albareda en un 88% (14); en estudios recopilados por Cady y Fox se reportan en 87%, 92% y 93% (13).

El vómito se encontró en cinco pacientes (16.6%) del grupo de cefalea común, de los cuales dos mejoraron (40%), en los otros tres pacientes (60%) llegó a desaparecer. Esta manifestación vegetativa solo la encontramos en un paciente con cefalea clásica (3.3%) y desapareció con la crisis dolorosa, Truit lo reporta en un 3.3% (16), sin embargo; Cady y Fox lo expresan entre 56 y 59% (13).

Las manifestaciones cutáneas fueron la palidez y la frialdad, exclusivas del grupo con cefalea común. Ambas manifestaciones se comportaron de igual manera en cinco pacientes (16.6%). La respuesta fue menos alentadora, desaparecieron en dos pacientes (40%) y lograron mejoría tres (60%). Truit reporta la palidez entre un 63 y 83%; la frialdad en un 76% (16); para Albareda las manifestaciones cutáneas son frecuentes, pero no reporta su distribución (14).

El mareo estuvo presente en ambos tipos de cefalea, 21 pacientes (70%) en el grupo con cefalea común y 18 pacientes (60%) en el grupo con cefalea clásica, obsérvese como la respuesta a la terapéutica fue más ostensible en el grupo con cefalea clásica desapareciendo el síntoma en la totalidad de los pacientes (100%).

En el grupo con cefalea común su desaparición tuvo lugar en 16 pacientes (76.2%), mientras que cinco (23.8%) lograron la mejoría. El mareo lo reporta Truit entre 56 y 60% (16) Cady y Foxk en un 72% (13).

En nuestra investigación el mareo se presentó y comportó igual que las náuseas en la cefalea común sin estar presente siempre ambos síntomas en un mismo paciente, el test de hipótesis de proporciones nos da una significación de  $P = 8.414 \times 10^{-3}$ , que indica que existe una relación entre el síntoma y el tipo de cefalea.

Las alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, amaurosis) características del grupo de cefalea clásica no fueron referidas por ningún paciente. Los síntomas visuales, Truit los reporta en un 96.6% (16) Albareda lo expresa en un 85% (14). Otras manifestaciones como torpeza, parestesias, hemiparesias o alteraciones de la conciencia tampoco fueron referidas.

Haciendo un análisis de los síntomas combinados para cada tipo de cefalea tenemos que en la cefalea común se presentaron 87 síntomas (que hacen promedio de 2.9 síntomas por cada paciente), en el límite máximo de tiempo observado, habían desaparecido 68 síntomas (78.2%) y habían mejorado 19 (21.8%). Mejores resultados se obtuvieron en el grupo de cefalea clásica donde de los 55 síntomas combinados que presentaron los pacientes (con promedio de 1.8 síntomas para cada paciente), 53 (96.3%) hasta desaparecido y 2 pacientes (3.6%) habían mejorado.

El test de hipótesis de proporciones ( $P = 1.457 \times 10^{-3}$ ) nos indica que existe una diferencia significativa entre ambos.

En el grupo de cefalea clásica se fue eliminando el mayor número de síntomas.

En el universo estudiado de los 10 síntomas interrogados se reúnen 142 síntomas combinados; desaparecieron bajo la acción del remedio homeopático 121 síntomas (85.2%) y 21 (14.7%) disminuyeron su intensidad.

Es notable destacar que la silicea fue el remedio homeopático más utilizado fundamentalmente en la cefalea común donde de 30 pacientes, 13 evolucionaron hacia la remisión del dolor y de los síntomas neurovegetativos, sin una diferencia estadística significativa ( $P = 0.05$ ).

En esta investigación no se presentó reacción adversa alguna.

## **CONCLUSIONES**

1. Independientemente del tipo de cefalea, la mayoría de los pacientes alcanzaron la categoría de asintomáticos, logrando mayor remisión del dolor en los últimos 10 minutos de la observación (30 minutos), por tal motivo podemos afirmar que este tratamiento es eficaz en ambos tipos de cefalea (común y clásica).
2. Se logra la desaparición de los síntomas neurovegetativos en la mayoría de los pacientes en ambos grupos, al término del tiempo considerado.
3. No hubo incidencia de reacciones adversas lo que demuestra en esta investigación lo inocuo del tratamiento.
4. La Homeopatía resultó útil en el tratamiento de urgencia de las cefaleas vasculares primarias.

## RECOMENDACION

Incluir este esquema de tratamiento en las clínicas de medicina natural y tradicional y en los servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud, como una opción terapéutica para este tipo de afección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros ST. Homeopatía: Medicina de terreno. Caracas. Univ. Central de Venezuela, 1985. P. 297.
2. Dallares Angulo J. Procedimientos y descubrimientos de la Homeopatía. Homeopatía. 1992;(28-29): 8-11.
3. Paschero Tomás L. Homeopatía. Argentina: Editorial El Ateneo, 1991.P. 17.
4. Fernández Arguelles R. La Homeopatía en Cuba. Reseña Historiográfica. Rev Homeopatía Méx. 1995;11:12.
5. Instituto Homeopático Francois Lamasson de Brasil. Semiología Homeopática: Editorial José Martí, 1995.P. 7-20.
6. Bastide M. Propuestas de modelo para la comprensión de la Homeopatía. Homeopatía Barc. 1997;(34):32-48.
7. Propuesta de modelos para la comprensión de la Homeopatía. Cám Arg far. 1999;3(13):14-23.
8. Weannier L. Homeopatía remedios de estados agudos. Caracas: Editorial biblioteca; 1996. P.10, 85-102, 355-64.
9. Weannier L. Compendio de materia médica Homeopática. 13 ed. México: Editorial Porro, 1996.P. 11, 82, 106, 286-7.
10. Alegre Valls J. Dosis, Dosis, Dosis. Homeopática. 1996;(32):41-6.
11. Eizaya FX. El Moderno Repertorio de Kent. Buenos Aires: Editorial Mercel; 1996. P. 105-75.
12. Resultados en el tratamiento homeopático de las cefaleas vasculares (común y clásica). Cám Arg far. 1998;2(8):14-5.
13. Couch Jr. Complexities of presentation and pathogenesis of migraine headache. En: Cady Rk, Fox Aw, eds. Treating the headache patient. New York: Marcel Dekker, 1995.P. 15-39.
14. Titus Albarida F. Las Cefaleas Vasculares. Med Int. 1991;18(2):69-76.
15. Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis: International Headache Society Criteria. Neurology. 1994;4(suppl 4):6-10.
16. Loeb C. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1994. P. 248.
17. Stein JH. International medical. 4ed. St Lovis: Editorial Mosby; 1994. P. 1025-32.
18. García Tijeta J. A Cefalea. Clasificación, diagnóstico y tratamiento: un enfoque para el médico de familia. Rev Cub med Gen Integr. 1988;4(2):18-59.
19. Mateos Beato F. Tratamiento de la migraña. Inform Teraps. 1995;17(9): 217-23.
20. Adams RD. Principios de neurología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica, 1984. t1 P. 10-4-12.
21. Sánchez R. Estudio descriptivo de migraña en una población rural del Contat. Neurología. 1999;28(4):373-6.
22. Sánchez P. Características de la migraña según el cuestionario "Alcoi - 92" en el Area del Contat. Neurología. 1999;28(5):459-62.
23. Montagna P, Cortelli P, Barbiroli B. Magnetic resonance spectroscopy studies in migraine. Cephalalgia. 1994;14:184-93.
24. Edvison L, Goadsby PJ. Neuropeptides in the Cerebral Circulation. Cepdalgia. 1995;15:272-6.



25. Reyes Iglesia Y. Migraine and other headache disorders. En: Kelly RE; Ed Functional Neuroimaging. New York: Futura, 1994 P. 203.-30.
26. General Considerations for the clinical evaluations of drugs v.s. Department of Health Service Food and drugs administration; .1981.