

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera

Evolución clínica de los pacientes con cefalea migrañosa tratados con digitopuntura

Clinic evolution of the patients with migraine treatment with digitopuncture

Leonel Rodríguez Álvarez¹, Lic. Yarina Valdés Ramos²

¹Especialista Primer Grado en Medicina Interna. Auxiliar. *Master* en Aterosclerosis. Teléfonos: 6446231-37 Ext-113; 052329430 y 052968770. leonel.rdguez@infomed.sld.cu

²Master en Medicina Bioenergética y Natural. Sanguily núm. 6 entre Georgia y Yara. Víbora Park. Ciudad de La Habana. Teléfono 052329430.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre portadores de Cefalea Migrañosa, quienes acudieron a la consulta de Medicina Natural y Tradicional (MNT) del Policlínico Mantilla con el objetivo de mostrar la evolución clínica de la población estudiada, al aplicar digitopuntura durante el primer semestre del año 2008. El universo incluyó 120 pacientes a los que les fueron identificados los factores desencadenantes y/o agravantes del dolor, y se les señalaron las características generales de este. Se analizaron las variables, sexo, edad, características del dolor, así como la evolución clínica. El 72.5 % correspondió al sexo femenino y 27.5 % al sexo masculino; 38.3 % de la población estudiada llegó con dolor intenso y al concluir el tratamiento, 65 % no presentó ningún dolor.

Palabras clave: Cefalea Migrañosa/ manifestaciones clínicas y evolución; Digitopuntura/tratamiento.

ABSTRACT

It was carried out an observational, descriptive, and traverse study on payees of Migraine, which went to the consultation of Natural and Traditional Medicine (NTM) of the Policlinic Mantilla with the objective of showing the studied population's clinical evolution, when applying digitopuncture during the first semester of the year 2008. The universe included 120 patients to those that were identified them the initially or aggravating factors of the pain, being pointed out the general characteristics of the same one. The variables were analyzed, sex, age, characteristic of the pain, as well as the clinical evolution. 72.5 % corresponded to the feminine sex and 27.5 % to the masculine sex, the studied population's 38.3 % arrived with intense pain and when concluding the treatment; 65 % didn't present any pain.

Key words: Migraine / Clinic manifestation and evolution; Digitopuncture/treatment.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es la primera causa de consulta en Neurología y uno de los motivos más frecuentes de consulta en un consultorio de Medicina General. Se clasifican en primarias, cuando no existe motivo orgánico o de otra índole conocida, y secundarias, cuando este existe.

Dentro de las cefaleas primarias, están la migraña, la cefalea tipo tensión, la cefalea en racimo (acuminada, histamínica o de Horton), y otras no clasificadas dentro de estas antes mencionadas. Si bien la cefalea tipo tensión es la más frecuente en la práctica diaria, no es menos cierto que precisamente la migraña es la más invalidante desde los puntos de vistas social, económico y psicológico.¹

Por lo general, se inicia en la niñez y se presenta en familias (70 % de los pacientes tienen un antecedente familiar). Los factores identificables que suelen precipitar las cefaleas individuales son: días de fiestas, fines de semanas, períodos menstruales, alimentos, en especial, vino tinto, chocolates, nueces y quesos añejos, estímulos ambientales como luz solar, *stress* emocional, o resentimientos indebidos.²

En los últimos años, las investigaciones relacionadas con la migraña se han dirigido hacia el papel de los neurotransmisores, el sistema vascular de la cabeza, los mecanismos de regulación autonómicos, hasta los factores psicoemocionales en la producción del dolor.^{3,4,5}

Hoy, algunos autores piensan que la cefalea tipo tensión puede ser simplemente una variante de la Cefalea Migrañosa. El 76 % de las mujeres y 57 % de los varones informan al menos una cefalalgia intensa cada mes, y más de 90 % experimenta una cefalea intensa, al menos una vez durante su vida.^{6,7}

En Cuba, la prevalencia de esta entidad es aproximadamente de 6 % entre los hombres y de 15-17 % en las mujeres y varía con la edad, aumentando hasta los 40 años, en que comienza a disminuir en ambos sexos.^{8,9}

La digitopuntura es una técnica cada vez más difundida en el mundo y en nuestro país; está basada en los mismos principios que la Acupuntura. Consiste en realizar presión con los dedos sobre los puntos acupunturales para mantener y recuperar la normalidad fisiológica del ser humano. En la actualidad, constituye una técnica de fácil acceso y grandes ventajas. Con la implementación de este tratamiento, el cual se realiza en las propias áreas de salud, centros de rehabilitación y consultorios; integrándose con otros tratamientos bioenergéticos y de Medicina Tradicional, contribuyen en la sustitución del uso de los medicamentos tradicionales, disminuyendo las reacciones secundarias que presentan los mismos. Estos tratamientos bioenergéticos no tienen efectos colaterales sobre los pacientes. Desde el punto de vista económico, además del ahorro por la disminución o eliminación del consumo de medicamentos, también hay una reducción de los gastos que ocasiona el traslado fuera de sus áreas y con ello también las ausencias a sus centros laborales disminuyen considerablemente.

El éxito terapéutico de la digitopuntura depende fundamentalmente de un diagnóstico correcto, de los trastornos que se desean curar y una correcta prescripción de los puntos sobre los cuales se desea actuar. El empleo de la digitopuntura en los últimos años ha revolucionado el arsenal terapéutico de diversas patologías, aunque desgraciadamente no es muy utilizada por los profesionales de la salud. Debemos tener en cuenta el hecho de que cada vez es más creciente el número de pacientes que no se alivian con los métodos convencionales, y, con el uso de esta técnica, los beneficios superan los gastos médicos asistenciales.

¿Se conoce la evolución clínica de los pacientes con Cefalea Migrañosa tratados con digitopuntura en el área de salud de Mantilla, municipio Arroyo Naranjo, Ciudad Habana?

Objetivo General

1-Mostrar la evolución clínica de la población estudiada con Cefalea Migrañosa al aplicar la digitopuntura.

Objetivos Específicos

- 1-Characterizar a la población estudiada en cuanto a edad y sexo.
- 2-Señalar las características generales del dolor causado por Cefalea Migrañosa.
- 3-Identificar los factores desencadenantes y agravantes de la Cefalea Migrañosa en los pacientes estudiados.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y de corte transversal sobre el tratamiento con digitopuntura y la evolución clínica de los pacientes que padecen de Cefalea Migrañosa en el área de salud del Policlínico Mantilla en el primer semestre del año 2008.

Unidad de análisis

Todos los pacientes que acudieron a la consulta de MNT, con diagnóstico de Cefalea Migrañosa y residían en el territorio.

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes con diagnóstico de Cefalea Migrañosa.
- Edades comprendidas entre 18 y 60 años.
- De ambos sexos.
- Pertenezcan al área de salud de Mantilla.
- Que acepten participar

Criterios de exclusión

- Pacientes portadores de enfermedades invalidantes.
- Pacientes con diagnóstico de cefalea producida por otras causas.
- Embarazadas.
- Pacientes que no desearon participar.

Control semántico

- Digitopuntura: Técnica terapéutica de la Medicina Tradicional China que consiste en realizar presión con los dedos sobre los puntos acupunturales.
- Migraña: Cefalea episódica, recurrente que puede presentarse o no con aura. Puede estar relacionada con el sistema vascular, neurotransmisores y factores psicoemocionales.
- Factor desencadenante y agravante del dolor. Situaciones que pueden iniciar o perpetuar el dolor.
- Puntos acupunturales: Puntos biológicamente activos que se caracterizan por baja resistencia eléctrica y pueden responder a diferentes tipos de estímulos.
- Meridianos: Vía por donde circula la energía en el organismo, este mecanismo es imprescindible para la vida.

Operacionalización de las variables

Edad: Edad cronológica en años cumplidos: (18 y 60 años).

Sexo: Según el sexo (Masculino y Femenino).

Dolor: Sensación molesta y penosa de algunas partes del cuerpo que constituye un mecanismo de defensa y se produce siempre que se lesiona un tejido (Localización, intensidad, duración, frecuencia).

Evolución Clínica: Estado en que se encuentra el paciente después de recibir tratamiento: (Excelente, buena, regular, mala).

Factores desencadenantes: Situaciones que pueden iniciar o perpetuar el dolor:

(Estrés, alimentos, sueño).

Cefalea Migrañosa: Cefalea episódica, a menudo pulsátil que puede presentarse

o no con aura: (Presente, ausente).

Técnica y procedimientos

Se realizaron entrevistas a cada paciente que acudió a la consulta de MNT donde se les aplicó un cuestionario que trató los siguientes aspectos: edad, sexo, características del dolor y evolución al tratamiento recibido, previo diagnóstico de los especialistas y se les practicó un examen físico minucioso, con el fin de corroborarlo, además de la detección de los síntomas asociados.

Los pacientes fueron diagnosticados por el Médico de la Familia, valorados por el especialista de MNT y se les cumplimentó el tratamiento por la Lic. en Enfermería.

A todos los pacientes se les realizaron 3 ciclos de tratamiento de 10 sesiones cada uno, aplicados de forma diaria con una reevaluación a la quinta y décima sesión, con un receso entre uno y otro ciclo de 7 días.

En la última semana de tratamiento se realizó una evaluación clínica, a la quinta y décima sesión; la cual, se rigió por los siguientes criterios:

-Estado excelente: Paciente con ausencia de dolor.

-Estado bueno: Paciente que mantiene la duración y frecuencia del dolor, pero ha disminuido su intensidad.

-Estado regular: Paciente que mantiene la misma intensidad del dolor, pero con menor duración y frecuencia.

-Estado malo: Paciente que mantiene la intensidad y duración del dolor, pero con menor frecuencia.

Se aplicó la técnica de digitopuntura y la selección de los puntos se hizo de acuerdo con la localización del dolor, a la función analgésica del punto y al desbalance energético del meridiano.

Aunque la digitopuntura puede realizarse en cualquier lugar, lo ideal es efectuarla en un lugar con temperatura ambiente agradable, ni fría ni calurosa y evitar las corrientes bruscas de aire.

El análisis se hizo de tipo descriptivo, utilizándose la distribución de frecuencias, números absolutos y porcentos.

Tratamiento

Puntos acupunturales utilizados:

-Ig4: (Intestino grueso): Se localiza entre el primero y el segundo metacarpiano en su borde radial. Es un punto analgésico por excelencia homeostático.

-BP6 (Bazo,páncreas): Se localiza 3 cun por encima del extremo del maléolo interno. Es un punto de tonificación.

-E36 (Estómago): Se localiza 3 cun por debajo de la rótula, el grueso de un dedo, inferior y lateral de la tuberosidad de la tibia. Es un punto de tonificación y homeostasis.

-TF5: (Triple función): Lo encontramos a 2 cun del punto medio del pliegue de la muñeca hacia arriba entre el cúbito y el radio. Se utiliza como punto analgésico en la cefalea.

-H3: (Hígado): Se encuentra a 2 cun de la bifurcación del dedo gordo y el segundo del pie. Punto homeostático, muy efectivo para tratar el *stress*.

-Pc6: (Pericardio): Lo localizamos a 2 cun proximal del punto medio del pliegue de la muñeca entre los dos tendones de los músculos palmar mayor y flexor carporadial.

-E8: (Estómago): Se encuentra a 0,5 cun lateral al ángulo anterior de la línea del pelo

-VB20: (Vesícula biliar): En la depresión entre el mastoide, el origen del trapecio y el esternocleidomastoideo. Se utiliza en el alivio de las cefaleas sobre todo occipitales.

-V11 (Vejiga): 1,5 cun lateral al borde inferior de la apófisis espinosa de la primera vértebra torácica. Se emplea como punto analgésico en las cefaleas.

-ID18 (Intestino Delgado): En la depresión debajo del arco cigomático en línea vertical que desciende del ojo. Se describe como el punto más analgésico de la región de la cabeza.

RESULTADOS

En el estudio realizado las cifras arrojaron que la mayor incidencia de pacientes portadores de Cefalea Migrañosa en la muestra estudiada pertenecieron al sexo femenino con 72.5 %. En cuanto a la localización del dolor, en 38.3 % de la población estudiada, fue de localización hemicraneana.

En cuanto a la intensidad del dolor, también 38.3 % de los pacientes presentó un dolor de gran intensidad. La duración del dolor ([tabla 1](#)) mostró que el mayor porcentaje (43.3%) de afectación transcurrió entre las 4 y 8 horas.

El 38.3 % de los pacientes tuvieron una frecuencia de 2 veces en el mes de presentación del dolor. El dolor siempre tuvo relación con el stress en 44.2 % de los casos ([tabla 2](#)).

Respecto a la existencia de algunos alimentos que provoquen dolor ([tabla 3](#)), en 69.2 % se halló que hubo relación con la presencia de estos.

Si se tiene en cuenta al sueño como factor desencadenante de la migraña ([tabla 4](#)) vemos como 61.7 % de los pacientes se alivió con el sueño y 38.3 % se agravó con el insomnio.

Finalmente, en la [tabla 5](#); observamos que 52,5 % de los pacientes alcanzaron un estado evolutivo excelente (ausencia de dolor), en la evaluación de la quinta sesión y que 26.6 % alcanzó un estado bueno. En la reevaluación a la décima sesión, estos porcentajes aumentaron a 65 % y 29.2 %, respectivamente.

DISCUSIÓN

Se realizó de manera comparativa a través de la discusión basada en la bibliografía revisada y por medio de un proceso de síntesis y deducciones, apoyadas en un marco teórico conceptual establecido.

Los resultados coinciden con lo hallado en la literatura nacional.^{10,11} Consideramos que el sexo femenino es uno de los más aquejados con esta dolencia por ser más afectada por factores desencadenantes de la misma, como los períodos menstruales y *stress* emocional; específicamente el grupo etáreo más representado fue el de 25 a 34 años, lo que pudiera ser atribuido a los momentos actuales de tensión social, cuyo peso recae fundamentalmente sobre este amplio intervalo, que es cuando las personas definen su vida personal, familiar y laboral; elementos todos que en una situación determinada pudieran generar, tanto de forma independiente como combinados, la aparición de cefalea. En ese contexto, las mujeres suelen ser las más afectadas, por conjugarse en ellas la condición de madre, ama de casa, esposa y trabajadoras, categorías que demandan una gran responsabilidad y bastante a menudo son causa de estrés, que en muchos casos deriva por tensión o migraña.¹²

Teniendo en cuenta la localización del dolor, los resultados coinciden con lo reportado en la literatura, la cual, plantea que se alcanza esta topografía, en algún momento evolutivo del ataque, entre 60 %¹³ y 80 %. Su carácter pulsátil es referido por un elevado porcentaje (83 %) de enfermos.

Ambos, tanto la localización del dolor como su carácter, suelen ser cambiantes en el transcurso de la crisis.

Como se expresó en los resultados la distribución hemicraneal y su expresión como latido doloroso son elementos diagnósticos. Este resultado coincide con las investigaciones internacionales; destacándose que por definición se acepta que la intensidad del dolor en un ataque de migraña, debe alcanzar la magnitud de moderado a severo. Se excluye el carácter leve y se requiere también la condición de invalidante. En este aspecto contribuye, no tan solo la intensidad del dolor, como manifestación algida aislada, sino también los restantes elementos sintomáticos que concurren en la crisis (traqueteo positivo, trastornos vegetativos, trastornos afectivos, etcétera). Suele ser el propio paciente, quien al referir sus ataques, por la dificultad de explicar algo tan subjetivo, recurre a valoraciones comparativas con otras experiencias nociceptivas vividas y hace énfasis en el carácter singular de la migraña.¹⁴

Los resultados de la [tabla 1](#) reflejaron la no coincidencia de este aspecto con lo reportado a nivel internacional, donde se recoge que la duración de las crisis son alrededor de las 8 y 72 horas; esto pudo estar influido por la ingestión de algún medicamento analgésico de forma desesperada. No obstante, en la mayor parte de los casos, la crisis dura menos de 24 horas. No es infrecuente que el paciente refiera una persistencia media de las crisis con escasa variación. Sin embargo, resulta también habitual que sobre una media estable en la duración, intercurran crisis, cuya persistencia es mucho más prolongada.¹⁵

La frecuencia de presentación de los ataques es uno de los elementos más significativos, para valorar la severidad de la dolencia. Su importancia radica en que una elevada frecuencia de presentación, que podemos cifrar a título de ejemplo en una crisis cada semana, representará para el paciente una limitación extraordinaria. En este sentido sí existe correspondencia con lo planteado por la literatura científica nacional e internacional donde alrededor de 50 % de pacientes que consultan al especialista por este motivo lo hacen por presentar de 1 a 4 crisis al mes.¹⁶ La cuantificación concreta del concepto frecuencia, por criterios epidemiológicos resulta muy difícil y probablemente los datos que manejamos están distorsionados porque corresponden a pacientes que consultan al médico por este motivo, lo que puede agrupar formas evolutivas más severas de la enfermedad en este aspecto. Es un parámetro que adquiere enorme variabilidad, que se expresa no tan solo en las diferencias individuales que son notorias (entran por igual en el diagnóstico de migraña pacientes con tres ataques al mes y pacientes con diez ataques en toda su vida), sino también por la habitual variación de la patología en cada enfermo. Estos cambios evolutivos en la frecuencia de presentación de crisis que observamos en el seguimiento de cada paciente, se producen en relación con factores incidentales tan dispares como la edad, contexto social, laboral, afectivo, determinados hábitos e incluso, en muchos casos, por cambios meteorológicos y en concretas situaciones.

En la [tabla 2](#), como se pudo apreciar, evidenció ser ligeramente inferior al encontrado en la literatura y como sabemos el *stress* como factor desencadenante decisivo actúa en la respuesta nociceptiva estimulando diversas áreas corticales y estableciendo una hiperexcitabilidad de zonas como el tálamo, hipotálamo y la corteza cerebral y desencadena el temible fenómeno de la Migraña. El *stress* es el elemento provocador de crisis reconocido por mayor número de pacientes. No se trata de que el migrañoso esté sometido a una situación vital distinta a los demás, sino que lo que ocurre es que muestra una peor tolerancia a las situaciones reconocidas como estresantes. El *stress* incrementa la presencia de crisis, no tan solo en el momento en que se produce, como es por ejemplo, el caso de la población estudiantil en período de exámenes, sino que manifiesta también su acción como fenómeno anticipado, fruto de la propia ansiedad, del temor a presentar cefalea. Ocurre al programar ciertas actividades, o bien a la espera de determinados eventos, sean de aspecto positivo o negativo para él. Por otra parte, y en un tercer aspecto, su influencia desencadenante se pueda relacionar con la

situación de *post-stress*. De esta incidencia, resulta paradigmática la distribución de las crisis de migraña, como una cefalea de fin de semana. La frecuencia en que reconoce el *stress*, como uno de los desencadenantes de crisis varía, según autores, entre 60 % y 80 %.¹⁷

Coincidiendo con lo revisado en la literatura, en la [tabla 3](#) se muestra la relación con los alimentos. Es una realidad práctica que el paciente migrañoso, invoque determinados alimentos, o bien su forma de condimentación, como causa inmediata de la presentación de sus ataques.

Los productos reconocidos como gatillo son múltiples y de carácter muy diverso. Se registra un predominio estadístico, para los derivados del cacao, algunos derivados lácteos, cítricos, frutos secos y una larga etcétera que para algún autor alcanza hasta 65 elementos dietéticos distintos, además de condimentos y conservantes. Sin embargo, el porcentaje de pacientes, y de productos, para los que existe una relación causal clara y permanente, entre su ingesta y la crisis, es bajo. Cuando ello ocurre, en general el migrañoso es conocedor de la situación y actuará en consecuencia. El mecanismo a través del cual la dieta incide en la presentación de crisis no está bien establecido. Se puede relacionar con la actividad vasoactiva de determinados productos como la tiramina; no obstante, se mantiene también la hipótesis de que puede ser complementaria, de un posible déficit enzimático en la pared intestinal, el cual posibilita el paso de sustancias que deberían ser previamente metabolizadas.¹⁸

Existe una clara relación del sueño con la migraña, que además abarca amplios y diversos aspectos. ([tabla 4](#)). La variación de su ritmo, sea por exceso o por defecto, se reconoce como desencadenante de crisis. Muchos son los pacientes que presentan, al inicio de la crisis, bostezos repetidos e incontenibles. Una alteración del nivel de vigilia que varía desde la somnolencia al coma profundo, se describe entre las manifestaciones sintomáticas. Existe, además, una relación terapéutica, dado que dormir es una de las principales formas de resolución del ataque de migraña.

La mayoría de personas, cuando duerme más o menos de lo que es su hábito, presenta al despertar una cefalea moderada que suele ceder al iniciar la actividad. En el individuo predispuesto, esta cefalea puede evolucionar al pleno desarrollo de una crisis. Reconocen este hecho, como propio, hasta 35 % de migrañosos.¹⁹

Los resultados de la [tabla 5](#), evidenciaron, de manera global, la efectividad del tratamiento. La migraña es una enfermedad que requiere tratamiento siempre; aunque son de muy distinto rango las medidas a aplicar. Con nuestra atención y conocimiento del tema, debemos conseguir alejar al paciente del recurso de la autoprescripción y alertarlo del riesgo que comporta. No se debe aconsejar nunca el anticipar el consumo analgésico para evitar el desarrollo de la crisis. Conviene advertir de que la ansiedad y el temor a la incapacitación que provoca el ataque se convierten en una plataforma idónea para entrar en el abuso analgésico medicamentoso; de modo que esta es una muy buena opción terapéutica.

CONCLUSIONES

- Más de las tres cuartas partes de los casos estudiados la evolución fue de buena a excelente, lo que demostró la efectividad del tratamiento con una altísima disminución del uso de drogas utilizadas en el tratamiento de esta entidad,

disminuyendo por ende los gastos económicos que implica el consumo de las mismas, logrando reincorporarse a la vida laboral y social.

- La mayor cantidad de casos estudiados pertenecieron al sexo femenino y el grupo etáreo correspondiente a edades socialmente activas (25 a 34 años).
- En más de la tercera parte de los pacientes el dolor fue de localización hem craneana y más de la mitad de los pacientes presentaron dolor de gran intensidad con una duración entre 4 a 8 horas y con una frecuencia de 2 ó más veces al mes.
- En más de la mitad de los pacientes, el dolor siempre guardó relación con el *stress* y existió algún alimento que lo provocó.
- En casi la totalidad de los pacientes estudiados, el dolor se alivió con el sueño y en más de las dos terceras partes se agravó con el insomnio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murthy SN, Cohen ME. Pseudomigraine with prolonged aplasia in a child with craneal irradiation for medulloblastoma I. Chile Neurol. 17(2):134-8;2006.
2. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20^a. Ed.1998, v. III.
3. Lieb K, Treffurth Y, Berger M, Fiiebich BM, Substance p and affective disorders new treatment opportunities by neurokinin I. Receptor antagonist Neuropsychobiology 45(suppler) I:2-6;2007.
4. Martínez, B. Cómo prevenir el dolor de cabeza. Buen hogar. (15):75-78; 2005, Jul.
5. Trotsky, MB. Neurogenic vascular headaches. Food and chemical triggers. Ear Nose. Trota J. 73(4):228-30, 235-6; 2007, Apr.
6. Moreno MJ, Abounader R. Hebert E, Doods H. Hamel E. Efficacy of the non-peptide CGRP receptor antagonist B1NN4096BS in blocking CGRP-induced dilations in human and bovine cerebral arteries: potentials implications in accuse migraine treatment. Neuropharmacology. 42(4):568-76;2006.
7. Dichgans, MA. monogenic condution causing stroke and subcortical vascular dementia. Cerebrovas Dis. 13(Suppl) 2:37-41;2006.
8. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence A. Rasmussen BK. Migraine prevalence. A. review of population based studies. Neurology 44(6 Suppl 4):17-23; 2007, Jun.
9. Roca Goderich, R. Cefalea. Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 2002,p. 275-81.
10. Salobir B, Sabovic M, Peternel P, Stegnar M, Gard A. Classic risk factors, hypercoagulability and migraine in young women with cerebral lacunar infarctions. Acta Neurol Scand. 105(3):189-95;2002.

11. Duménigo B, Figueredo L, Carol J. Clínica del estrés. Trabajo presentado en la Jornada Científica del Centenario del Hospital Calixto García. 1998.
12. González Ordi, Héctor. La hipnosis Mitos y Realidades. Málaga: Ed. Aljibe, SL; 2006, p. 78-86.
13. Titus F. La crisis de Migraña. En: Migraña y otras cefaleas vasculares. Barcelona: Edit F. Titus; 2007, p.60-83.
14. Cady R, Dodick DW. Diagnosis and treatment of migraine. Mayo Clin Proc.77(3):255-61;2007.
15. Vinson, DR. Emergency department treatment of migraine headache. Arch Intern. Med. 162(7):845-6;2006.
16. Shankland, WE. Nociceptive trigeminal inhibition tension suppression system and method of preventing migraine and tension headache. Compend Contin Educ. Dent. 23(2):105-8, 110, 112-3, quiz 114;2002.
17. Launer, Terwindt GM, Ferrar MD. The prevalence and characteristics of Migraine in a population-based cohort: The GEM study. Neurology. (853): 537-42;1999.
18. Savi L, Rainero I, Valfre W, Gentile S, Lo Giudice R, Pinessi L. Food and headache attacks A. comparison of patients with migraine and tension type headache. Panminerva Med. 44(1):27-31;2002.
19. Zaninovic V. Migrañas: Fisiopatología y tratamiento. Colombia Med. 32(2):86-88; 2001.

Tabla 1: Duración del dolor en pacientes con Cefalea Migrañosa

Duración del dolor	Núm. pacientes	%
Menos 2 h.	11	9.2
De 2 a 4 h.	39	32.5
De 4 a 8 h.	52	43.3
Más 8 h.	18	15.0
Total	120	100

Tabla 2. Presencia del estrés como factor desencadenante del dolor en pacientes con Cefalea Migrañosa

Estrés	Núm. pacientes	%
Siempre	53	44.2
Casi siempre	20	16.6
A veces	11	9.2
Nunca	36	30.0
Total	120	100

Tabla 3. Existencia de algún alimento como factor desencadenante del dolor en pacientes con Cefalea Migrañosa

Alimento	Num. pacientes	%
Si	83	69.2
No	37	30.8
Total	120	100

Tabla 4. Relación del dolor con el sueño en pacientes con Cefalea Migrañosa

Características	Núm. pacientes	%
Se alivia con el sueño	74	61.7
Se agrava con el insomnio	46	38.3
Total	120	100

Tabla 5. Evolución clínica de los pacientes con Cefalea Migrañosa

Evolución Clínica	Quinta Sesión		Décima Sesión	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
Excelente.	62	52.5	78	65
Buena	33	26.6	35	29.2
Regular	18	15	5	4.2
Mala	7	5.8	2	1.6
Total	120	100	120	100