

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

Javier Alberto Arias Fajardo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de medicina

Departamento de medicina alternativa y complementaria

Bogotá Colombia

2016

Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

Javier Alberto Arias Fajardo

Monografía como producto de la pasantía realizada en el Hospital el Tunal ESE

Para optar al título de magister en medicina alternativa y complementaria

Área medicina tradicional china y acupuntura

Director

Dra. María Patricia Gómez

Codirector

Dr. Mauricio Sierra López

Facultad de medicina

Departamento de medicina alternativa y complementaria

Bogotá Colombia

2016

Resumen:

La cefalea es una patología muy común que aqueja a la humanidad, afectando la calidad de vida y potencialmente llevando en muchos casos a desenlaces fatales como apoplejía y muerte; fuera de la medicina occidental, hay otros sistemas médicos complejos que la abordan de manera particular, en este caso la Medicina tradicional China, que es una medicina con aproximadamente dos mil años de existencia que ha tenido creciente aceptación en occidente en los últimos años. La medicina occidental, enraizada en el método determinista cartesiano de cuatrocientos años de evolución, va al origen neurobiológico de la cefalea determinando su causa y por ende dando corrección; la medicina China que es un sistema holístico, se centra en determinar el desequilibrio energético de todo un organismo. La medicina occidental se basa últimamente en la medicina de evidencia para dar el tratamiento a cada uno de los componentes de la cefalea, mientras que la medicina tradicional China se basa en el tratamiento del desequilibrio visto en la fase de abordaje del paciente. En la medicina occidental, la cefalea es tratada con medicamentos químicos; en la medicina China, la cefalea es tratada por variados métodos como son la acupuntura, la herbolaria, el Qigong entre otros. También se puede utilizar la acupuntura de forma alopática utilizando otros medios complementarios como la auriculopuntura; Es necesario desarrollar estudios de buena calidad para demostrar a la luz del conocimiento occidental la efectividad de la medicina tradicional China en el manejo de la cefalea.

Palabras clave : cefalea,China,energía,acupuntura,síndrome,medicina

Abstract:

Headache is a very common disease that afflicts humanity, affecting the quality of life and potentially leading in many cases to fatal outcomes such as stroke and death; outside of Western medicine, there are other complex medical systems that address in particular, in this case the traditional Chinese medicine, a medicine with about two thousand years of existence has been growing acceptance in the West in recent years. Western medicine, rooted in the Cartesian deterministic method four hundred years of evolution, is the neurobiological origin of headache determining its cause and thus giving correction; Chinese medicine is a holistic system, focuses on determining the energy imbalance of the whole organism. Western medicine is based lately on evidence medicine to give treatment to each of the components of headache, while traditional Chinese medicine is based on treating the imbalance seen in the phase of approach to the patient. In Western medicine, the headache is treated with chemical drugs; in Chinese medicine, the headache is treated by various methods such as acupuncture, herbal medicine, Qigong and others. You can also use acupuncture so allopathic using additional means such as auriculopuncture; It is necessary to develop good quality studies to show the light of Western knowledge the effectiveness of traditional Chinese medicine in the management of headache.

Keywords headache, China, energy, acupuncture, syndrome, medicine

Contenido

	Pág.
Resumen	IV
Introducción	1
1. Cefalea occidental	3
1.1 Clasificación	3
2. Cefalea Migrañosa	5
2.1 Definición y etiología	5
2.2 Migraña sin aura	6
2.3 migraña con aura	7
3. Cefalea tensional	9
3.1 Definición y etiología	9
3.2 Clasificación y criterios diagnósticos	9
4. Cefalea en racimos	12
4.1 Definición y etiología	12
4.2 Clasificación y criterios diagnósticos	13
5. Diagnóstico	15
6. Tratamiento	18
6.1 Tratamiento farmacológico	18
6.2 Tratamiento no farmacológico	22

7. Cefalea desde el ámbito de la medicina tradicional China	24
7.1 Etiología	25
7.2 Diferenciación sindromática	27
7.2.1 Viento –frio externo	27
7.2.2 Viento- calor externo	27
7.2.3 Viento –humedad externo	27
7.2.4 Elevación Yang de Hígado	28
7.2.5 Obstrucción interna por flema	28
7.2.6 Estancamiento de Xue	28
7.2.7 Deficiencia de Qi y Xue	29
7.2.8 Ascenso Yang de Hígado	29
7.2.9 Deficiencia de Riñón	30
8. Diagnóstico	31
9. Tratamiento	33
9.1 Viento- frio externo	33
9.2 Viento-calor externo	33
9.3 Viento-humedad externo	34
9.4 Elevación Yang de Hígado	34
9.5 Obstrucción interna por flema	35
9.6 Estancamiento de Xue	35
9.7 Deficiencia de Qi y de Xue	36
9.8 Ascenso Yang de Hígado	36
9.9 Deficiencia de Riñón	36
10. Manejo alopático con acupuntura y auriculoterapia para cefalea	38

11. Conclusiones

40

Bibliografía

41

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Cefaleas primarias	3
Tabla 2 Cefaleas secundarias	4
Tabla 3 Causas de cefalea secundarias	16
Tabla 4 Medicamentos y nivel de evidencia en la migraña aguda	19
Tabla 5 Medicamentos profilácticos y nivel de evidencia en la migraña	20
Tabla 6 Medicamentos y nivel de evidencia en la cefalea tensional aguda	21
Tabla 7 Medicamentos profilácticos y nivel de evidencia en la cefalea tensional	21
Tabla 8 Medicamentos y nivel de evidencia en cefalea en racimos	22
Tabla 9 Diferenciación entre los síndromes que causan cefalea en MTCH	24

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1 Aproximación diagnóstica de la cefalea en medicina occidental	15
Gráfico 2 Protocolo de auriculoterapia para migraña y cefalea tensional	39

Introducción

La cefalea o sensación dolorosa en la cabeza, es desde tiempos inmemoriales, de los cuadros más tormentosos, incapacitantes, y molestos para el ser humano, que muchas veces puede ser el síntoma o la señal de alarma de alguna enfermedad seria, por ejemplo un tumor cerebral, o un evento cerebrovascular embólico o hemorrágico. Se calcula que la cefalea tiene una prevalencia en el mundo del 47%, y que la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años ha sufrido cefalea en el último año y más del 10% de este grupo ha sufrido migraña (OMS, 2012). En el estudio de carga de la morbilidad, actualizado en 2004, la cefalea representó por sí sola la pérdida de 1,3 años por discapacidad (OMS, 2012). En la medicina occidental, mucho se ha estudiado e investigado acerca del tema, teniendo la cefalea una etiología multifactorial y con diferentes abordajes según su origen que de hacerse de una manera juiciosa, se puede llevar a un diagnóstico certero y por ende a un tratamiento apropiado con posteriores buenos resultados y mejoría en la calidad de vida del paciente.

Desde la medicina tradicional China, que es una medicina milenaria, la cefalea es una entidad que ha sido concienzudamente estudiada, que tiene también una etiología multifactorial dada según el tipo de síndrome desencadenante, estando involucrada la deficiencia o el exceso de los distintos componentes como Qi o energía, Xue o sangre, y los órganos o vísceras energéticas Zang-Fu.

La intención de este escrito, es describir de manera detallada, tanto el abordaje y manejo que la medicina occidental hace de las cefaleas, como también lo hace la medicina

tradicional china con cada uno de los síndromes que la describen y el manejo correspondiente.

Es interesante hablar acerca de cómo la medicina tradicional china como sistema médico complejo que es, aborda y trata la cefalea, siendo la acupuntura entre sus más importantes herramientas para tratarla. Existen otros métodos como la herbolaria y el Qigong para tratar la cefalea, pero hablaremos aquí sobre la acupuntura por ser el método más conocido en occidente.

En los últimos años en occidente la medicina tradicional china ha cobrado mucho interés gracias a su efectividad terapéutica, sus pocos o nulos efectos secundarios, pudiendo ser escogida por muchos pacientes para evitar efectos secundarios indeseados de los medicamentos alopáticos.

Aunque desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia, en lo que respecta a la medicina tradicional China, si falta mayor soporte de calidad, pero no hay que olvidar que en la medicina tradicional china tiene especial validez el carácter observacional e individual que se hace del paciente.

1. Cefalea occidental

1.1 Clasificación

Las cefaleas en el ámbito occidental se dividen en dos grandes ramas:

Las **cefaleas primarias** que son producidas por la disfunción de las estructuras del encéfalo, que se encargan de la transmisión del dolor ,principalmente en los circuitos subcorticales descendentes, que modulan el procesamiento de la nocicepción, mediante la reducción de la inhibición o incremento en la facilitación de la transmisión de las señales relacionadas con el dolor (Alfonso, 2015) .

Las **cefaleas secundarias** son producidas por lesiones estructurales y procesos infecciosos del sistema nervioso central, administración de sustancias o su supresión, o alteraciones sistémicas, las cuales pueden colocar en riesgo la integridad del paciente (Alfonso, 2015).

TABLA 1 Cefaleas primarias :

Migraña

Cefalea tipo tensión

Cefalea en Racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales

Otras cefaleas primarias:

Primaria tipo lancetazo

Tipo trueno

Asociada al ejercicio

Asociada a la actividad sexual

Hypnica

Asociada a la tos

Hemicránea continua

Diaria persistente de novo

TABLA 2 Cefaleas secundarias :

Atribuida a trauma cráneo-cervical

Atribuida a patología vascular cráneo cervical

Atribuida a patología cráneo-cervical no vascular

Atribuida a administración o suspensión de sustancias

Atribuida a infección

Atribuida a desordenes de la homeostasis

Atribuida a patología facial, ocular, de oídos, nariz, senos paranasales, dientes

Atribuida a enfermedad psiquiátrica

Tomado de manual de rutas clínicas del dolor Hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pg236

2. Cefalea migrañosa

2.1 Definición y etiología

Cefalea caracterizada por ser de gran intensidad, pulsátil, hemicraneal, frontal o temporal acompañada de síntomas tales como vértigo, vomito, fotofobia, fonofobia, sudoración, escalofríos y en algunas ocasiones manifestaciones sensitivas y motoras, sobre su etiología hay varias teorías:

1. Base genética: en la cual hay un patrón de transmisión de tipo autosómico dominante en el 91% de los casos, (Solomon, 1998). Se demostró también que la mutación de un solo gen es la que origina la herencia de la enfermedad; la migraña más estudiada a nivel genético es la migraña hemipléjica donde los cromosomas 19p13 y 1q son los más afectados, entre otros genes afectados está el DRD2 (gen receptor para dopamina) (Garner, 1999).

2. Origen vascular de la migraña: en la cual se presenta inicialmente una vasoconstricción de los vasos intracraneales seguida de una vasodilatación ocasionando la cefalea, que revierte con la aplicación de ergotamina (Rufo-campos, 2001).

3. Teoría neurógena: en la cual se registra una hipoperfusión cortical occipital, consistente en la disminución del 20-30% del flujo sanguíneo cerebral regional, alcanzando al cabo de unas 4-6 horas el lóbulo frontal (Lauritzen, 1987).

4. Origen neurovascular: en la cual, hay un mecanismo neurógeno primero, seguido de un proceso doloroso que tiene origen en los vasos sanguíneos extracraneales, más exactamente en los vasos meníngeos; es posible que factores externos induzcan a la activación de centros neurales del tronco encefálico, lo que provoca la activación de las terminales vasculares sensitivas trigeminales dando dolor. Tras la activación de estas terminales se produce la liberación de neuropeptidos vasoactivos como la sustancia P que está relacionado con el gen de la calcitonina, estas sustancias liberadas pueden dar lugar a una inflamación neurogena, induciendo vasodilatación, presentándose en el momento cefalea pulsátil. Las fibras del trigémino activadas en forma patológica transmiten la información nociceptiva a través del núcleo caudado hacia los núcleos superiores, provocando por un lado la inflamación de los vasos sanguíneos extracerebrales, y por otro

6 Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

lado el desencadenamiento del resto de la sintomatología migrañosa, mediante la activación del vómito y otros centros vegetativos (Bovento, 1991). La serotonina también participa en la fisiopatología de la migraña dado por la disminución de la misma en las plaquetas, la dopamina también juega un papel preponderante en la migraña, muchos pacientes pueden tener hipersensibilidad a este neurotransmisor (miguel, 2013) .

Dentro de los factores desencadenantes encontramos alimentos tales como alcohol, chocolates, la menstruación, los anticonceptivos, las alteraciones del sueño-vigilia, los traumatismos craneoencefálicos ,y el exceso de actividad física, los factores emocionales también son un factor preponderante (bartolomé, 2005)

2.2 Migraña sin aura

Cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración, sus características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada a severa, empeoramiento con la actividad física, y asociación con náuseas o fotofobia y fonofobia (Olesen, 2013).

Criterios diagnósticos:

A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B y D

Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración, (no tratados o tratados sin éxito).

Cefalea que presenta al menos dos de las siguientes características:

1. Localización unilateral.
2. Carácter pulsátil.
3. Dolor de intensidad moderada o severa.
4. Empeorada por o condicionada por el abandono de la actividad física habitual (por ej. andar o subir escaleras).

D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:

1. Náuseas y/o vómito.
2. Fotofobia y fonofobia.

E. Sin mejor explicación para otro diagnóstico de la ICHD-III (Olesen, 2013).

2.3 Migraña con aura

Episodios recurrentes de varios minutos de duración con síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transitorios y visuales, que se desarrollan progresivamente y suelen preceder a la cefalea y a los síntomas asociados a migraña. (Olesen, 2013).

Criterios diagnósticos:

A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios ByC.

B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:

1. Visuales.
2. Sensitivos.
3. De habla y de lenguaje.
4. Motores.
5. Tronco encefálicos.
6. Retinianos.

C. Al menos dos de las siguientes características:

8. Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo > a 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos.
 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min de cefalea.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio. (Olesen, 2013).

3. Cefalea tensional

3.1 Definición y etiología

Cefalea caracterizada por ser de tipo difuso, en banda, de carácter sordo y opresivo de intensidad leve a moderada que puede durar minutos a días, no empeora con la actividad física, no está asociado a náuseas, pero puede presentarse hiperestesia en cuero cabelludo, con fotofobia y fonofobia, tiene una prevalencia entre el 30 y 78% ,teniendo alto impacto socioeconómico. (Olesen, 2013).

Se desconocen con exactitud los mecanismos por los cuales se produce la cefalea tensional; la hipersensibilidad de la musculatura pericraneal a la palpación manual es el hallazgo más significativo más importante en la cefalea tensional, estudios han encontrado disminución en la intensidad del dolor en la cefalea tensional tipo crónica cuando es dado un inhibidor de la síntesis de óxido nítrico sugiriendo un mecanismo central y disminuyendo la sensibilización neuronal o dilatación vascular de algunos pacientes (Lance, 2005). Los factores psicopatológicos juegan un papel importante en este tipo de cefalea ,especialmente la ansiedad, la depresión, y la hipocondría. (Mitsickostas, 2000).

3.2 Clasificación y criterios diagnósticos

Según la IHS (international headache society) se clasifica en:

1. Cefalea tensional episódica
2. Cefalea tensional crónica
3. Cefalea tensional probable

Criterios diagnósticos:

10 Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

CEFALEA TENSIONAL EPISODICA FRECUENTE:

A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y que cumplen los criterios ByD

B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.

C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Localización bilateral.
2. Calidad opresiva y tensiva (no pulsátil).
3. Intensidad leve a moderada.
4. No empeora con la actividad física habitual.

D. Ambas características siguientes:

1. Sin náuseas ni vómitos
2. Se puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III (Olesen, 2013).

CEFALEA TENSIONAL CRONICA

A. Cefalea que se presenta de media >15 días al mes durante más de 3 meses (>180 días al año) y que cumplen los criterios By D.

B. Duración de minutos a días o sin remisión.

C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Localización bilateral

2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).

3. De intensidad leve a moderada.

4. No empeora con la actividad física habitual como andar o subir escaleras

D. Ambas de las siguientes:

1. Solamente una de fotofobia, fonofobia o náuseas leves.

2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III (Olesen, 2013).

CEFALEA TENSIONAL PROBABLE

Crisis de cefalea tensional que carecen de una de las características exigidas para cumplir todos los criterios de uno de los subtipos de cefalea tensional clasificados anteriormente y que no cumplen los criterios de ninguna otra cefalea. (Olesen, 2013).

4. Cefalea en racimos

4.1 Definición y etiología

También conocida como cefalea histaminica, cefalea de Horton, cefalea hemicránea de Harris, neuralgia esfenopalatina; es una cefalea caracterizada por ser de ataques de dolor severo unilaterales en región orbitaria, supraorbitaria, temporal o en combinación de esos lugares de 15 a 130 min de duración; con una frecuencia variable que puede presentarse de cada 2 días a 8 episodios en un solo día. El dolor está asociado a inyección conjuntival homolateral, lagimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración facial o frontal, edema palpebral, inquietud o agitación (Olesen, 2013). La edad de inicio es de los 20 a 40 años afecta principalmente al sexo masculino. Las crisis pueden ser desencadenadas por el alcohol, histamina o nitroglicerina.

En cuanto a la etiología, hay tres teorías:

1. La teoría de los cambios neuroendocrinos: en los cuales los niveles de testosterona están elevados durante las crisis, que implica una disfunción del hipotálamo, cuya área involucrada es el núcleo supraquiasmico, llevando a una disminución en la producción de melatonina en la crisis de cefalea en racimos (Kudrow, 1991).

2. Teoría de las sustancias alogénicas: la sustancia P lleva los impulsos sensitivos y motores en las divisiones oftálmicas y maxilares del nervio trigémino. Estos se conectan con el ganglio eseno palatino y carótida interior perivascular del plexo simpático. La somatostatina inhibe la sustancia P y reduce la duración e intensidad de la cefalea en racimos (Michelle, 2015).

3. Teoría vascular: la dilatación vascular juega un papel fundamental en la fisiopatología de la cefalea en racimos, pero los estudios son inconsistentes; el flujo sanguíneo extracraneal se aumenta, pero solamente después del comienzo del dolor, el cambio vascular es secundario a la descarga neuronal primaria. (Michelle, 2015).

4.2 Clasificación y criterios diagnósticos

Según las guías de IHS (international headache society) se divide en dos ramas:

1. cefalea en racimos episódica
2. cefalea en racimos crónica

CEFALEA EN RACIMOS EPISODICA:

Se caracteriza por cefalea por periodos que duran de siete días a un año, separadas por fases libres de dolor que duran como mínimo un mes.

CEFALEA EN RACIMOS CRONICA:

Caracterizada por episodios de cefalea que se presentan más de un año sin periodos de remisión o con periodos de remisión que duran menos de un mes.

Criterios diagnósticos:

- A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B y D.
- B. Dolor unilateral de intensidad severa o muy severa en región orbitaria, supraorbitaria, o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento.
- C. Cualquiera o los dos los siguientes:
 1. Al menos uno de los siguientes signos homolaterales a la cefalea:
 - a. Inyección conjuntival y/o lagrimeo.
 - b. Congestión nasal y/o rinorrea.

14 Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

c. Edema palpebral.

d. Sudoración facial o frontal.

e. Rubefacción facial o frontal.

f. Sensación de taponamiento en los oídos.

g. Miosis y/o ptosis.

2. Inquietud o agitación.

D. La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día durante más de la mitad del tiempo que el trastorno está activo.

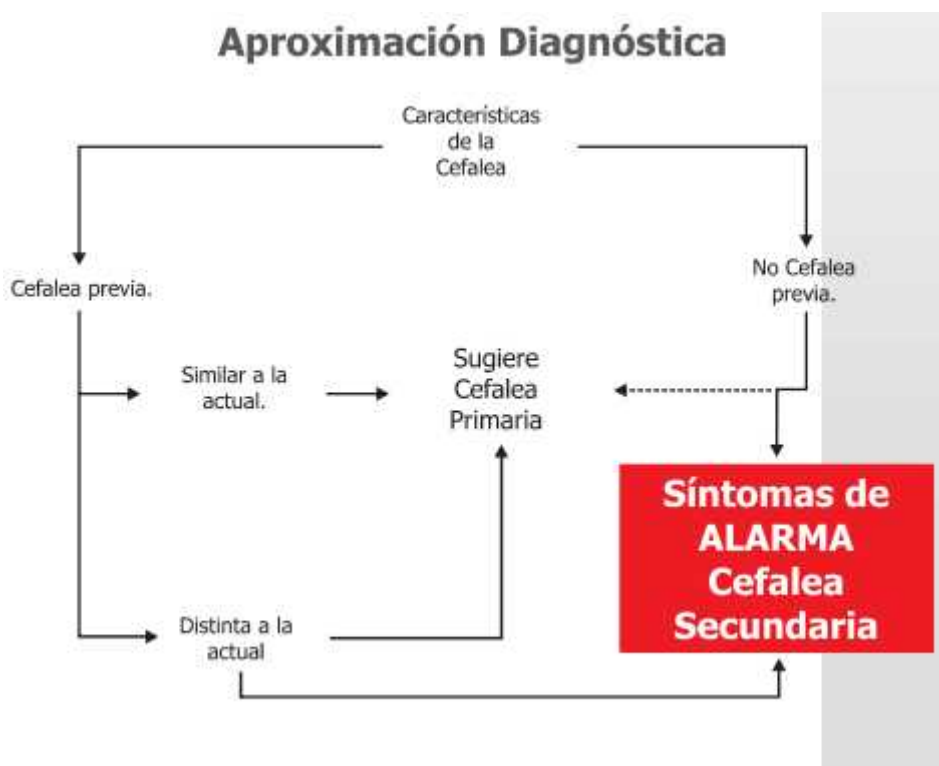
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III. (Olesen, 2013).

5. Diagnóstico

El diagnóstico de las cefaleas primarias se basa principalmente en los criterios de la IHS, expuestos anteriormente, es difícil realizar un diagnóstico de cefalea primaria con solo uno o dos episodios (Alfonso, 2015). Las cefaleas secundarias pueden presentar clínicas sugestivas de cefalea primaria, y es por tanto indispensable muchas veces realizar estudios que permitan confirmar o descartar causas secundarias de cefalea. (TABLA 3)

La realización de una historia clínica completa, un examen físico neurológico completo, son vitales en busca de signos que nos alerten sobre una probable etiología secundaria.

Gráfico 1 Aproximación diagnóstica de la cefalea en medicina occidental



Tomado de manual de rutas clínicas de dolor hospital el tunal, ruta del manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag238

Al momento de realizar la historia clínica se debe tener en cuenta en el interrogatorio:

16 Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

-tiempo de evolución,-localización,-modo de aparición,-tipo de dolor,-intensidad del dolor,-curso del dolor:episódico,continuo,progresivo.-duración de los episodios y numero de episodios,-fenómenos que modifican la intensidad del dolor,-antecedentes de dolor, tipo de dolor,-factores desencadenantes:ejercicio,tos,actividad sexual,-fenómenos asociados:nausea,vomito,fotofobia,fonofobia, fiebre ,disautonomia trigeminal,relación con el sueño,-antecedentes de cáncer,VIH,inmunosupresión,-medicamentos para el tratamiento de otras patologías. (Alfonso, 2015).

Al examen físico deben incluirse: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura; exploración general, examen neurológico completo, examen de fondo de ojo, signos meníngeos, y déficit focal. **Tabla 3** Causas de cefalea secundarias

Bandera roja	Consideraciones Diagnósticas
Trauma cráneo cervical	Hematoma epidural, sub-dural, intraparenquimatoso, hemorragia subaracnoidea, disección arterial, trombosis de senos venosos.
Inicio reciente, cambio en el patrón de cefalea pre-existente	Neoplasia, hematoma sub-dural, meningo-encefalitis, abuso de analgésicos
Inicio súbito	Hemorragia sub-aracnoidea, cefalea centinela, trombosis de senos venosos, disección, apoplejía pituitaria, SVCR, quiste coloide del tercer ventrículo,
Desencadenada por la tos o maniobra de valsalva	Neoplasia de la fosa posterior, malformación de Arnold Chiari
Desencadenada por el ejercicio	Neoplasia de fosa posterior, Arnold Chiari, disección arterial, HSA
Desencadenada por la actividad sexual	Hemorragia sub-aracnoidea, disección, aneurisma intracraneal, equivalente anginoso, feocromocitoma
Embarazo y puerperio	Pre-eclampsia, hipertensión intracraneal idiopática, ACV, trombosis de senos venosos, angiopatía cerebral post-parto, apoplejía pituitaria, cefalea por hipotensión de LCR
Edad mayor a 50 años	Neoplasia, arteritis de células gigantes
Fiebre	Meningo-encefalitis, infección sistémica
Cáncer	Metástasis, meningitis neoplásica, trombosis venosa
Sensibilidad arterial en cuero cabelludo	Arteritis de células gigantes
Inmunosupresión	Infección oportunista
Viajes recientes	Meningo-encefalitis

Tomado de manual de rutas clínicas del dolor, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag243

Cuando se sospecha cefalea secundaria, el médico debe solicitar estudios paraclínicos; después del interrogatorio y el examen físico, se debe establecer si es primaria (aplicando los criterios de la IHS) o secundaria la cefalea, en caso de ser secundaria, los exámenes paraclínicos a ser solicitados son: la tomografía axial computarizada o TAC en caso de lesiones traumáticas o sospecha de hemorragia aguda; la resonancia magnética nuclear o RMN, en caso de patología ubicada en fosa posterior, al igual que en los casos de neoplasias, patologías infecciosas, malformación de Arnold Chiari, apoplejía pituitaria. Ante la sospecha de trombosis de senos venosos y venas cerebrales se sugiere practicar resonancia magnética nuclear cerebral con venografía cerebral. (Alfonso, 2015).

En los casos de aneurismas intracraneales, disección de los vasos del cuello o sospecha de vasculitis el examen apropiado es la panangiografía cerebral convencional o con angiotac.

El estudio citoquímico de líquido cefalorraquídeo está indicado en todo paciente con sospecha de hemorragia subaracnoidea que tenga TAC de cráneo sin evidencia de sangrado. (Alfonso, 2015).

El estudio citoquímico y bacteriológico de líquido cefalorraquídeo permite diagnosticar entidades infecciosas tales como la meningitis o meningoencefalitis, también permite el diagnóstico de etiologías inflamatorias no infecciosas como la vasculitis del sistema nervioso central o meningitis neoplásica.

6. Tratamiento

6.1 Tratamiento farmacológico

En las cefaleas primarias los objetivos del tratamiento son los siguientes:

1. Controlar en forma rápida y consistente el dolor de cabeza sin recurrencia.
2. Restaurar las habilidades funcionales del paciente.
3. Minimizar el uso de medicamentos de rescate.
4. Optimizar el autocuidado del paciente obteniendo por ende el uso racional de recursos.
5. Propender por un tratamiento costo-efectivo.
6. Obtener con el tratamiento, un mínimo de efectos adversos. (Alfonso, 2015).

El tratamiento agudo de la migraña, debe estar siempre encaminado, a dar medicamentos por vías diferentes a la vía oral cuando se presenten crisis que cursen con náusea y vómito.

Los triptanes son medicamentos de primera elección para una crisis aguda de migraña; hay que evitar medicamentos que son de alto abuso como los opiáceos los derivados del ergot, preparaciones con cafeína y acetaminofén.

Tabla 4 Medicamentos y nivel de evidencia en la migraña aguda

MEDICAMENTO	NIVEL DE EVIDENCIA
Naratriptan	Grado A
Sumatriptan oral, subcutáneo , inhalado	Grado A
Naproxeno sódico	Grado A
Ibuprofeno	Grado A
Aspirina	Grado A
Dexametasona	Grado C
Diclofenaco IM	Grado A

Tomado de rutas clínicas del dolor hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag 240

En cuanto al tratamiento profiláctico, los objetivos de tratamiento son los siguientes:

1. Reducir la frecuencia intensidad y duración de los episodios de cefalea.
2. Mejorar la respuesta al tratamiento agudo del dolor de cabeza.
3. Mejorar la función y reducir la discapacidad del individuo (Alfonso, 2015).

Las indicaciones para el tratamiento profiláctico son las siguientes:

1. Frecuencia en los ataques de migraña más de 2 por mes.
2. La duración de los ataques de migraña más de 24 horas.
3. Cefalea que causen interrupciones en el estilo de vida del paciente, que causen discapacidad por 3 días.

4. La terapia abortiva falla o es sobre usada.
5. Medicamentos sintomáticos son contraindicados o inefectivos.
6. Uso de medicamentos abortivos más de 2 veces por semana.
7. Variantes de migraña tales como migraña hemipléjica, o raros ataques de migraña produciendo disrupción o riesgo permanente de injuria neurológica. (Chawla, 2015).

Tabla 5 Medicamentos profilácticos y nivel de evidencia en la migraña

Medicamento	Nivel de evidencia
Divalproato de sodio	Grado A
Topiramato	Grado A
Amitriptilina	Grado A
Propranolol	Grado A
Timolol	Grado A
Metisergida	Grado A

Tomado de rutas clínicas del dolor hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag240

En la cefalea tensional, el tratamiento debe de ser individualizado, teniendo en cuenta comorbilidades y otras entidades tales como depresión, ansiedad, y factores emocionales.

En el tratamiento del dolor agudo, el objetivo consiste en reducir la severidad del dolor, los medicamentos que son muy útiles son el acetaminofén, ibuprofeno, aspirina, y naproxeno (Manish K Singh, 2015).

Tabla 6 Medicamentos y nivel de evidencia en la cefalea tensional aguda

MEDICAMENTO	NIVEL DE EVIDENCIA
Naproxeno sódico	Grado A
Diclofenaco	Grado A
Ibuprofeno	Grado A
Aspirina	Grado A
Ketoprofeno	Grado A

Tomado de manual de clínicas del dolor hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag246

En cuanto al tratamiento profiláctico de la cefalea tensional, se recomienda si las cefaleas son mayores a 2 ataques por semana y de larga duración (>3,4horas) o los suficientemente severas para causar inhabilidad o cuando hay sobreuso en la medicación abortiva (Manish K Singh, 2015)

Tabla 7 Medicamentos profilácticos y nivel de evidencia en la cefalea tensional

Medicamento	Nivel de evidencia
Amitriprilina	Grado A
Mirtazapina	Grado A
Venlafaxina	Grado A
Clorimipramina	Grado A

Tomado de manual de clínicas del dolor hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco pag 240

En la cefalea en racimos, el tratamiento se clasifica en dos: abortivo y profiláctico. El abortivo se utiliza para reducir la severidad del ataque agudo de una cefalea en racimos;

mientras que el tratamiento profiláctico, es utilizado para reducir la frecuencia y las exacerbaciones. La profilaxis debe de ser iniciada al comienzo del ataque agudo de la cefalea y mantenerse al menos durante dos semanas, hasta que el paciente esté libre de cefalea. (Michelle, 2015).

Tabla 8 Medicamentos y nivel de evidencia en cefalea en racimos

Terapia	Cefalea en racimos	Hemicránea paroxística	SUNCT
Aguda	Oxigeno A		
	Sumatriptan A		
Preventiva	Esteroides A	Indometacina A	Lamotrigina C
	Verapamilo A		
	Carbonato de litio y topiramato B		
	Acido valproico C		

SUNCT: Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (cefalea unilateral neuralgiforme de breve duración con reacción conjuntival y lagrimeo)

Tomado de manual de rutas clínica del dolor Hospital el tunal, ruta de manejo clínico pacientes con cefalea, Luis Zarco, pag247

6.2 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico está indicado en las siguientes situaciones:

1. Preferencias del paciente hacia medidas no farmacológicas.
2. Poca tolerancia a tratamientos farmacológicos específicos
3. Contraindicaciones médicas para tratamientos farmacológicos específicos.
4. Respuesta insuficiente a tratamientos farmacológicos.

5. Embarazo o expectativa de embarazo.

6. Estrés intenso.

7. Historia de abuso de analgésicos (Alfonso, 2015).

Las terapias alternativas comprenden: técnicas de relajación, que mediante ejercicios de meditación y respiración, ayudan al paciente a reconocer y controlar la tensión que se origina en las actividades diarias. En la retroalimentación (biofeedback) ayuda al paciente a reconocer y controlar la tensión muscular. Las terapias conductuales permiten identificar pensamientos y creencias que contribuyen a generar stress y agravan la cefalea (Alfonso, 2015).

Otros tratamientos alternos también son los suplementos herbales tales como los suplementos herbales tales como la butterbur (*petasites hybridus*) en la prevención de las migrañas, suplementos herbales, Yoga, acupresión y acupuntura. (Chawla, 2015).

7. Cefalea desde el ámbito de la medicina tradicional China

Como se dijo inicialmente, la cefalea no es una entidad aislada, sino que corresponde a una constelación variada de síndromes dados por desequilibrio energético de los órganos y vísceras (Zang Fu). A diferencia de la medicina occidental, en la medicina tradicional china cada sujeto presenta un patrón de disarmonía particular el cual debe ser abordado y tratado de manera individualizada. Por regla general la cefalea que se presenta de improviso, o es de corta duración, o es aguda sin consecuencias, forma parte de los patrones de insuficiencia interna perniciosa o externa (o sea de patrones de exceso). Los dolores de cabeza crónicos y suaves por regla general forman parte de los patrones interior/insuficiencia. (Kaptchuck, 1995). En la tabla 9 hacemos una clasificación de los distintos síndromes que pueden dar lugar a cefalea teniendo en cuenta si es exceso o deficiencia.

Tabla 9 Diferenciación entre los síndromes que causan cefalea en MTCH

Fuente: realización propia.

EXCESOS	DEFICIENCIAS
Viento- frío externo	Deficiencia de Qi y Xue
Viento-calor externo	
Viento-humedad externo	
Elevación Yang de Hígado	Deficiencia de Riñón
Obstrucción interna por flema	
Estancamiento de Xue	
Ascenso de fuego de Hígado	

7.1 Etiología

Las causas de la cefalea son variadas se describen a continuación:

DEFICIENCIA CONSTITUCIONAL:

Hay tres factores fundamentales que influyen en este tópico a saber: a) la salud general de los padres; b) la salud de los padres en el momento de la concepción; c) las condiciones del embarazo de la madre (Giovanni, 2009).

Si los padres en el momento de la concepción no tienen una salud óptima, (actividad sexual excesiva, trabajo arduo, edad avanzada), el niño puede más adelante hacia los 7 años iniciar cefaleas persistentes y recurrentes, esto dado por la deficiencia a nivel de Riñón Hígado entre otros.

TENSION EMOCIONAL:

Dentro de la tensión emocional se encuentran varias causas a saber: a) La ira: la frustración, el resentimiento, y los rencores reprimidos causan cefalea por elevación del Yang de Hígado o fuego del Hígado de lo cual se hablará más adelante. b) La preocupación: anuda el Qi, en particular el Qi de pulmón y corazón que puede desencadenar más adelante ascenso Yang de Hígado. c) La tristeza: puede llevar al agotamiento del Qi, y con el tiempo al agotamiento de sangre desencadenando cefaleas especialmente en mujeres. (Giovanni, 2009). d) El miedo: agota el Riñón y causa cefaleas globales. e) Shock: causa suspensión del Qi afectando el Qi de Corazón, Pulmón y Bazo. Provocan cefaleas que afectan toda la cabeza. f) Ensimismamiento: el pensar y reflexionar demasiado conduce a cefaleas. g) La culpa: puede ocasionar estancamiento de Qi en Pulmón, Corazón, Hígado, y Riñón afectando posteriormente la sangre y ocasionando cefaleas. h) Vergüenza: puede ocasionar cefalea por hundimiento del Qi con posterior retención de humedad y llevar a cefaleas crónicas.

EXCESO DE TRABAJO:

El exceso de trabajo puede llevar a un debilitamiento del Qi de Bazo, y a largo plazo del Yin de Riñón dando lugar a cefaleas en toda la cabeza, o temporales en caso de elevación del Yang de hígado por deficiencia de Yin de riñón.

ACTIVIDAD SEXUAL EXCESIVA:

Una actividad sexual sin control lleva a cefaleas de carácter permanente occipital especialmente en hombres, esto debido al agotamiento de la esencia del Riñón.

DIETA IRREGULAR:

No comer lo suficiente, lleva a una deficiencia de Qi y de sangre llevando a cefaleas. Por otro lado, el comer en exceso lleva al daño de órganos como bazo y estómago, dando lugar a cefaleas, un exceso en comidas calientes y picantes da a lugar a la aparición de cefaleas por fuego de Hígado y calor de estómago; un exceso en comidas saladas dará a una deficiencia de Riñón y por consiguiente cefaleas de carácter sordo occipital. Un consumo desproporcionado de alimentos fríos y húmedos dará una insuficiencia de Bazo con cefaleas de carácter sordo frontal.

TRAUMATISMOS:

Los accidentes pueden causar estasis de sangre, y si son repetidos sobre la misma zona, pueden desencadenar cefalea crónica (Giovanni, 2009).

FACTORES PATOGENOS EXTERNOS:

La humedad y el viento externo son los principales causantes de cefalea, especialmente cefaleas de carácter agudo y de corta duración. El viento lesiona la energía Wei de protección, además suele presentarse junto con otros factores, como viento-frío, viento-calor, viento-humedad. (Fuente, 2010). La humedad cuando invade la parte inferior del cuerpo afectando el Jiao medio, de ahí que no permita el fluir claro del Yang hacia arriba ocasionando cefalea.

7.2 Diferenciación sindromática

Por ser la cefalea de origen multifactorial en medicina tradicional China, a continuación se describen los distintos síndromes con su correspondiente cuadro clínico.

7.2.1 Viento-frio externo

Es uno de los factores más comunes causantes de cefalea; ataca las partes altas y superficiales del cuerpo. El frío contrae los músculos y los tendones contrayendo también los canales Yang, esto hace también que se afecte el Qi defensivo tornándolo lento causando la cefalea. La cefalea causada por invasión de viento-frio es de carácter agudo, asociada a otros síntomas como aversión al frío, dolor muscular, tos, rinorrea cristalina; la lengua es seca y con saburra blanca, el pulso es superficial (Peilin, 2002).

7.2.2 Viento-calor externo

El viento –calor externo obstruye los orificios claros de la cabeza y conduce a una cefalea que se siente dentro de la cabeza y tiene carácter de distensión. Es de carácter muy intenso como si tuviera una “hendidura” abierta (Giovanni, 2009). Es una cefalea de inicio agudo como la cefalea de viento –frío ;se asocia a síntomas como aversión al frío, escalofríos , fiebre, sed ligera, rinorrea amarillenta, dolor de garganta, ojos enrojecidos; la aversión al frío y los escalofríos son menos severos que en el ataque de viento-frio. La lengua es roja con saburra amarillenta, el pulso es superficial y rápido.

7.2.3 Viento- humedad externo

Es por lo general la combinación de viento-frio con humedad. La humedad obstruye los orificios claros de la cabeza, dando lugar a una cefalea con sensación típica de pesadez (Giovanni, 2009). El viento –humedad afecta al Jiao medio, impidiendo el claro ascenso de Yang e impidiendo el descenso del Yin turbio, presentándose la cefalea y la sensación de confusión en el paciente (Peilin, 2002). La lengua es con abundante saburra blanca y pegajosa; el pulso es deslizante.

7.2.4 Elevación Yang de Hígado

Es la causa principal de las cefaleas internas, dentro de su etiopatogenia, se debe a la deficiencia de Yin de Hígado y de Riñón, o a la pérdida de control sobre el Yang de Hígado, también se debe a irritación y angustia emocionales que causan estancamiento de Qi o energía, el cual al transformarse en fuego, consume la sangre que es de naturaleza Yin y conduce a la pérdida del control del Yin sobre el Yang (G, 1989).

Se caracteriza por ser una cefalea de carácter intenso, severa, pulsátil o en distensión; afecta principalmente a uno o los dos lados temporales de la cabeza por donde discurre el meridiano de Vesícula biliar también las sienes; se acompaña con frecuencia de náuseas y vómitos, se asocia también a mareo, visión borrosa o destellos luminosos. La lengua es roja en los bordes; el pulso es de cuerda (Maciocia, 2001).

7.2.5 Obstrucción interna por flema

La humedad es una energía patógena de naturaleza Yin, que obstaculiza el movimiento del Qi y perjudica el Yang (marie, 2002). Cuando hay una disfunción en el Bazo, que corresponde a la transformación de los líquidos, hay acumulo de humedad que obstruye los orificios impidiendo el libre fluir del Yang hacia arriba ocasionando la cefalea. Cuando se está por tiempo prolongado expuesto a un clima húmedo también se puede presentar cefalea. Sus características clínicas son : sensación de pesadez, que puede afectar toda la cabeza o la frente, empeora en la mañana, se puede acompañar de tos, rinorrea ,sensación de escurrimiento. La humedad con el tiempo, se puede transformar en flema turbia, dando síntomas como visión borrosa y mareo. Lengua con saburra lingual pegajosa y espesa, pulso deslizante (Giovanni, 2009).

7.2.6 Estancamiento de Xue

El estancamiento de Xue o de sangre, hace referencia a una relentización en la circulación de este componente, a un estancamiento local de la sangre en los vasos, o a una acumulación local de la sangre fuera de ellos (sol, 2014). Sus causas son variadas: por un vacío de energía o Qi, que hace que no se pueda movilizar la sangre; por frio, que

hace que la sangre se congele y se estanque, por calor, que hace que la sangre se condense y no pueda circular; o por traumatismos, los cuales hacen que se extravase la sangre y su circulación quede bloqueada. Sus características clínicas son: cefalea de carácter severo e intenso, punzante como “uña clavada en la cabeza”, y es de localización fija; es más común en las mujeres, se asocia a tez morena, dolor abdominal o hipocondrial con menstruaciones dolorosas con coágulos. Lengua de color purpura, pulso firme, de cuerda y picado. (Giovanni, 2009).

7.2.7 Deficiencia de Qi y de Xue

La cefalea por estancamiento de Qi o energía, es debida a que el Qi es insuficiente para ascender a la cabeza e iluminar los orificios; puede deberse a la deficiencia de Qi de Estómago, Bazo, Pulmones y Corazón. Se puede manifestar en toda la cabeza o con frecuencia en la frente, si hay deficiencia de Qi de estómago. Es de carácter sordo, se alivia con el descanso, aumenta con la actividad, es más frecuente en las mañanas. La lengua es pálida, el pulso es vacío especialmente en las posiciones distales correspondientes a corazón y pulmón.

En la cefalea por deficiencia de Xue o sangre, se debe principalmente a que la sangre no consigue llegar a la cabeza y nutrir el cerebro; es una cefalea más severa que la cefalea por deficiencia de Qi. Se localiza en la parte superior de la cabeza empeora después de comer o en la tarde, es una cefalea muy común en mujeres. La lengua es pálida y delgada; el pulso es de carácter débil blando y filiforme (Fuente, 2010).

7.2.8 Ascenso de fuego de Hígado

Este síndrome se caracteriza por ser un calor –plenitud del Hígado. El fuego del Hígado tiene una tendencia a ascender, por tanto los signos y los síntomas del fuego del hígado se sitúan en la cabeza, tales como la cefalea, el rubor facial y la eyección conjuntival; el fuego de hígado asciende a las orejas y obstruye los orificios del oído ocasionando acufenos y sordera, es una cefalea de aparición brusca, pulsátil, localizada en las sienas y los ojos; se acompaña de gran irritabilidad y cólera; sabor amargo en la lengua; la causa

de este síndrome es un estado emocional prolongado de cólera,resentimiento,cólera reprimida y frustración; también el consumo excesivo de alcohol alimentos fritos contribuyen al calor de Hígado.La lengua es de calor rojo en el cuerpo con los bordes más rojos ;el pulso es lleno , rápido y de cuerda. (Maciocia, 2001).

7.2.9 Deficiencia de Riñón

Esta cefalea es debida a la insuficiencia de la esencia del Riñón, que no consigue llegar a la cabeza y nutrir el cerebro .El Jing o esencia que conserva el Riñón se considera como el agua verdadera y el Yin esencial es la fuente de todos los líquidos Yin del organismo y es la base del nacimiento, crecimiento, y reproducción (ping, 2000).Este tipo de cefalea se puede presentar también por deficiencia del Yang de Riñón. Sus causas están centradas en el trabajo excesivo y la descontrolada actividad sexual; se caracteriza por ser una cefalea de carácter global asociada a mareo y sensación de vacío en el cerebro; cuando afecta al meridiano de la vejiga, la cefalea puede aparecer en el occipucio. La cefalea se acompaña de otras manifestaciones dependiendo si hay deficiencia Yin o Yang de Riñón. En la deficiencia Yang encontramos dolor lumbar y de rodillas, sensación de frio, micción abundante, lengua pálida, pulso profundo y débil. En el caso de la deficiencia Yin encontramos sudoración nocturna, micción escasa, mareo acufenos, lengua sin saburra, pulso flotante-vacío. (Giovanni, 2009).

8. Diagnóstico

Al hacer el abordaje diagnóstico de cefalea en Medicina tradicional china, es de mucha utilidad aprender a distinguir las distintas variables que se presentan cuando se está interrogando al paciente; esto quiere decir: comienzo, tiempo, localización carácter del dolor y circunstancias de agravación. (Maciocia, 2001)

a) Comienzo: -reciente de corta duración: cefalea por ataque externo de viento frío.

-comienzo gradual: afección de tipo interno.

b) Tiempo del día: - día: insuficiencia de Qi o Yang; -noche: insuficiencia de sangre o Yin.

c) Localización: si la cefalea se localiza en el vertex, corresponde a cefalea por disarmonía a nivel del Hígado, ya sea deficiencia de sangre de Hígado o a una hiperactividad Yang de Hígado (Peilin, 2002) . Si se localiza en la nuca, es el canal de Vejiga el afectado, por invasión de viento –frío o insuficiencia del Riñón. Si se localiza en la frente, el canal de estómago es el comprometido, ya sea por calor de estómago o insuficiencia de sangre. Si se localiza en las sienes y laterales de la cabeza, el canal afectado es el canal de Vesícula biliar principalmente, ya sea por factores externos (viento –frío, viento- calor); o ya sea por ascenso de fuego del Hígado , estancamiento de Qi de Hígado o elevación Yang de Hígado, puede ser bilateral o unilateral (Peilin, 2002).

d) Carácter del dolor: la cefalea que se presenta con carácter de pesadez: corresponde a humedad o flema. Un dolor en el interior de la cabeza, como “dañado el cerebro”, corresponde a una deficiencia de Riñón (Maciocia, 2001). Sensación de palpitación o distensión: elevación del Yang de Hígado o ascenso de fuego del Hígado, también fuego de estómago. Sensación de perforación: como clavo clavado en un punto: estasis de sangre.

e) Circunstancias de agravación: -*Clima*: agravación con el clima cálido: fuego del Hígado, elevación del Yang de Hígado, fuego de estómago. Agravación con el clima frío: deficiencia del Yang Qi o deficiencia de Sangre. (Peilin, 2002). -*Emociones*: cefalea que

empeora con el stress y mejora con la relajación: estancamiento de Qi de Hígado. Empeora con el enojo y mejora con la relajación: ascenso de fuego de Hígado, o elevación del Yang de Hígado. Cefalea que empeora con el miedo: deficiencia de la esencia del Riñón. Cefalea que empeora con la preocupación: deficiencia de Qi de Bazo. (Peilin, 2002). –*Actividad sexual*: si la cefalea empeora después de la actividad sexual: deficiencia de la esencia del Riñón. Si alivia después de la relación sexual: estancamiento de Qi de hígado o ascenso de fuego de Hígado. –*Comida*: cefalea agravada por la ingesta de comidas grasas y dulces: acumulación de humedad flema. Ingesta de comidas picantes o alcohol: ascenso del fuego de Hígado o fuego de estómago. Si alivia después de la ingesta de comida fría: fuego de estómago; si alivia con la ingesta de comida caliente: deficiencia de Qi o Sangre. –*Postura*: la cefalea que se alivia acostándose corresponde a una deficiencia de Qi o sangre. La cefalea que se empeora acostándose y se alivia poniéndose de pie corresponde a una condición de exceso. – *Menstruación*: agravación de la cefalea antes de la menstruación: estancamiento de Qi o Sangre; agravación de la cefalea después de la menstruación: deficiencia de Sangre o de la esencia del Riñón. – *presión*: alivia con la presión: deficiencia de Qi, Sangre o esencia del Riñón; empeora con la presión: condición de exceso. (Peilin, 2002).

9. Tratamiento

Una vez hecho el interrogatorio, el examen físico, y tener un diagnóstico, se procede a tratar el síndrome identificado. Describiremos aquí la acupuntura, por ser el método más conocido en nuestro medio.

9.1 Viento-frío externo

- *Principios de tratamiento:* expulsar el viento, dispersar el frío eliminar obstrucción de los meridianos.

- *Puntos:* Lieque (P7), Fengchi (VB20), Fengfu (Du16), Tianzhu (V10) método: dispersión.

- *Justificación:* P7 es el punto principal para liberar el exterior y expulsar viento frío, afecta la cabeza y alivia la cefalea. VB20 expulsa el viento de la cabeza. Du 16 expulsa el viento de la cabeza y trata la zona del meridiano del Yang mayor. V10 se usa como un punto local relativo a la zona del meridiano del Yang mayor que se ve afectado por el viento frío (Giovanni, 2009).

9.2 Viento- calor externo

-*Principios de tratamiento:* liberar el exterior, limpiar calor, expulsar viento, eliminar la obstrucción de los meridianos.

-*Puntos:* Hegu (IG4), Fengchi (VB20), Fengfu (Du16), Dazhui (Du14), Waiguan (SJ5) método: dispersión.

-*Justificación:* IG4 libera el exterior, expulsa viento calor, es un punto especial que afecta la cabeza y la cara. VB20 y Du16 expulsan el viento de la cabeza. Du 14 expulsa viento, limpia calor, alivia la cefalea. SJ 5 expulsa viento-calor alivia cefalea. (Giovanni, 2009).

9.3 Viento-humedad externo

-*Principios de tratamiento:* liberar el exterior, expulsar el viento, resolver la humedad y eliminar la obstrucción de los meridianos.

-*Puntos:* Lieque (P7), Pianli (IG6), Sanyinjiao (B6), Touwei (E8), Shangxing (Du23); método; dispersión.

-*Justificación:* P7 punto específico para cefaleas, libera el exterior estimula la difusión y el descenso de los líquidos. IG6 también libera el exterior y estimula el descenso de los líquidos desde el Jiao superior. B6 resuelve humedad. E8 es el punto principal en la cabeza para resolver humedad que afecta a la cabeza. Du23 alivia las cefaleas tanto en la frente como en los ojos. (Giovanni, 2009).

9.4 Elevación Yang de Hígado

-*Principios de tratamiento:* nivelar el Hígado y subyugar el Yang.

-*Puntos :* Xingjian (H2) ,Taixi (R3),Waiguan (SJ 5), Zhongzu (SJ3),Yenmen (SJ2),Xuanhong (VB39) y Yanglingquan (VB34) ;puntos locales de acuerdo con la localización del dolor, que se pueden utilizar entre 1 y 3 por sesión, entre los cuales están: Jiaosun (SJ 20), Shuaigu (VB8) ,Yangbai (VB14), Taiyang (punto extraordinario), Baihui (Du 20), Fengchi (VB 20),Yintang (punto extraordinario); a esto agregamos los puntos locales dolorosos o *ashi*. (Flaws, 2001). Método: dispersión, excepto R3 que es en tonificación.

-*Justificación:* H2, es el punto fuego del canal de Hígado, aclara el Hígado y somete el Yang. R3 nutre el Yin para que no se eleve el Yang; SJ 5 somete el ascenso Yang de Hígado; VB20 y Taiyang también someten el Yang de Hígado. Es importante recalcar que en el periodo en que el paciente no tenga crisis de cefalea se debe tonificar el Yin de Hígado y Riñón (Flaws, 2001).

9.5 Obstrucción interna por flema

-Principios de tratamiento: resolver humedad, resolver flema, estimular el ascenso claro de Yang, tonificar Estomago y Bazo (Giovanni, 2009).

-Puntos : Taibai (B3), Hegu (IG4), Lieque (P7), Zhongwan (Ren 12), Pishu (V20), Touwei (E8) Fenlong (E40) , Yintang (punto extraordinario), Baihui (Du20), método de dispersión en B3 , IG 4 y E40 ; método de tonificación en P7, Ren 12, y V20; regulación en E8 y Du20.

-Justificación: B3, es el punto general para dispersar humedad, IG4 elimina humedad de la cara y la frente, P7 estimula el claro ascenso Yang de la cabeza, Ren 12 y V20 tonifican Bazo y eliminan humedad, E40 elimina flema, Du20 estimula el ascenso claro de Yang a la cabeza, Yintang se utiliza de punto local si la cefalea está en la frente (Giovanni, 2009).

9.6 Estancamiento de Xue

-Principios de tratamiento: promover la circulación sanguínea para remover el estancamiento, drenar colaterales para aliviar el dolor. (ping Z. j., 2011)

-Puntos: Quchi (IG11), Hegu (IG4), Sanyinjiao (B6), Taichong (H3), Xuehai (B10), Waiguan (SJ5); Taiyang (punto extraordinario); adicionalmente puntos *Ashi*. en regulación o dispersión.

-Justificación: IG11 enfría y vigoriza la sangre, IG4 expulsa los factores patógenos de la cabeza y vigoriza la sangre, B6 vigoriza la sangre, H3 vigoriza la sangre y alivia las cefaleas, SJ 5 vigoriza el Qi y está indicado en las cefaleas al lado de la cabeza, B10 de elección en el estasis general de sangre. Taiyang para estasis de sangre en las sienes. Siempre se debe tratar el patrón de disarmonía que acompaña al estancamiento de sangre, como estancamiento de Qi, deficiencia de Qi, calor en la sangre o frío interno (Giovanni, 2009).

9.7 Deficiencia de Qi y de Xue

-Principios de tratamiento: nutrir la sangre, tonificar y elevar el Qi

- *Puntos* :Zusanli (E36),Sanyinjiao (B6),Qihai (Ren 6),Pishu (V20) ,Ququan (H8),Guanyuan (Ren 4), Baihui (Du20),Tongli (C5) ;en método de tonificación.

- *Justificación:* E36, B6, Ren 6 V20, nutren la sangre y tonifican el Qi; H8 nutre la sangre de Hígado, Ren 4 nutre la sangre, Du20 eleva el Qi C5 nutre la sangre de Corazón.

9.8 Ascenso de fuego de Hígado

-Principios de tratamiento: apaciguar el Hígado, drenar el fuego, someter el Qi rebelde de Hígado, calmar la mente (Giovanni, 2009)

-Puntos: Xinjian (H2), Sanyinjiao (B6), Waiguan (SJ5), Yangnfu (VB38), Fengchi (VB20), Taiyang (punto extraordinario), y demás puntos locales y dolorosos como en la elevación Yang de Hígado. Método: dispersión, regulación en puntos locales.

-Justificación: H2 limpia el calor, alivia el fuego de Hígado; B6, nutre el Yin para evitar el daño por el fuego de hígado; SJ5 controla el ascenso del Yang de Hígado; VB38 limpia el fuego de Hígado y Vesícula biliar, trata cefaleas unilaterales de elección en cefaleas crónicas; VB20 expulsa el viento de la cabeza y somete el fuego de Hígado; Taiyang somete el Yang de Hígado. (Giovanni, 2009).

9.9 Deficiencia de Riñón

-Principios de tratamiento: tonificar los riñones, nutrir la medula,

-Puntos: Taixi (R3), Zusanli (E36),Sanyinjiao (B6),Baihui (Du20),Naokong (VB19),Guanyuan (Ren 4),Shenshu (V23) ;en método de tonificación, moxa puede ser empleada en V23, Du20.

-Justificación: R3 tonifica Yin, Yang y Qi original; E36 y B6 tonifica el Qi y el Yin; Du 20 atrae el Qi hacia la cabeza y nutre la médula; VB 19 atrae la esencia del Riñón hacia el cerebro; Ren 4 nutre el Yin del Riñón; V23 nutre el Yang de Riñón. (Giovanni, 2009).

10. Manejo alopático con acupuntura y auriculoterapia para cefalea

En la Medicina tradicional China, la cefalea también puede abordarse terapéuticamente de manera alopática, sin nunca descuidar ni omitir la parte holística, es decir, se trabajan los puntos específicos que calman el dolor, pero siempre trabajando en el patrón de disarmonía encontrado; esto puede ser útil en los médicos que recién se inician en la práctica de la acupuntura, mientras se logra la habilidad para individualizar el paciente. (Sussmann, 2000).

A continuación mencionaremos los puntos de acupuntura más importantes para el manejo de cefalea:

SJ5 + VB 41 (apertura del Yang weimai) ; VB 43+ SJ5 (apertura del Dai mai) ; ID 3+ V62 (apertura del Du mai) ; Pulmón 7, Intestino grueso 2,3,4,10,11; Estomago 36,40,41,45 ; Corazón 3,5,7 ; Intestino delgado 1,3,4 ; Vejiga 1,2,3,9,10,59,60,62,64,67; Riñón 1 ; San jiao 3,23 ; Vesícula biliar 1,4,5,6,8,9,15,16,17,19,20,38,43,44 ; Du mai :1,4,13,15,16,17,20,38,43,44; Ren mai 1,4,15,22 (Sussmann, 2000).

Según la localización del dolor estos puntos pueden ser utilizados:

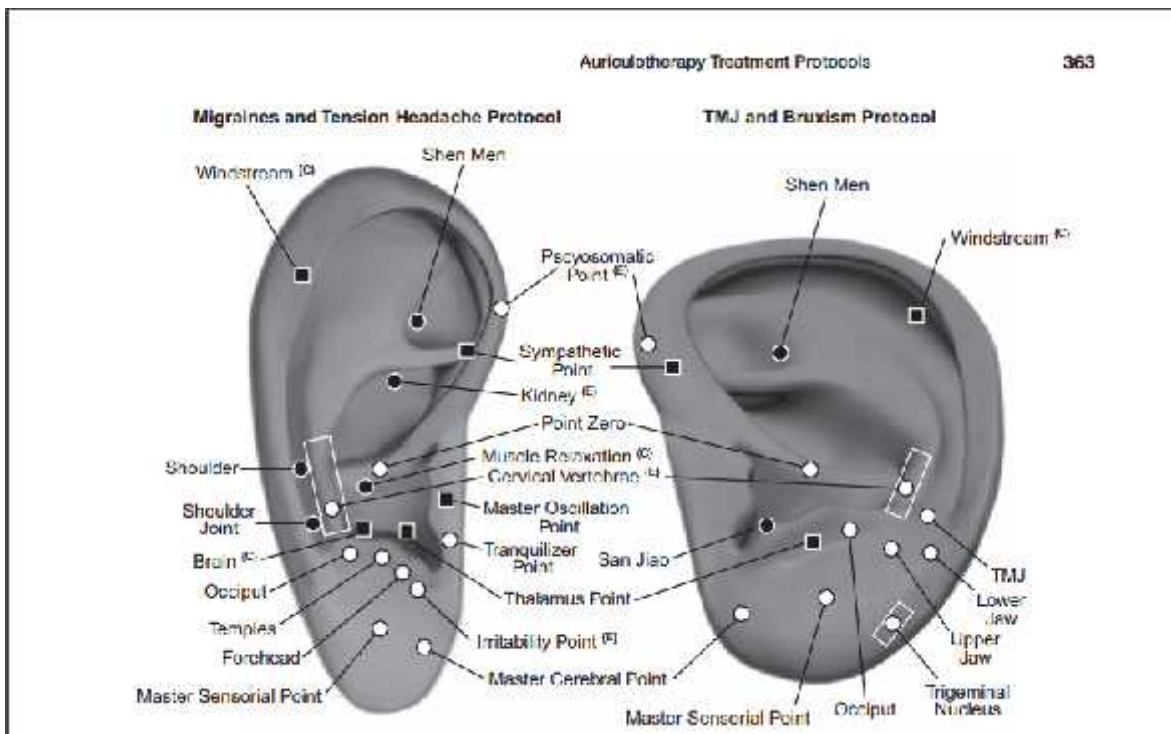
Dolor en el vertex: P7,VB41,R1 ; Vertex y nuca : ID3,V12 ; occipucio y sienes: VB41, VB38, V10,V9,Du15 ; cejas y frente: depende de la vejiga y estomago; borde superciliar : V 60;interciliar : V2,E1; ojos : cefalea ojos hinchados: Du24 ; dolor delante de la oreja :P11,IG11; dolor detrás de la oreja : SJ10, VB41, VB17. (Sussmann, 2000).

En cuanto a la auriculoterapia, podemos decir que es un método clasificado dentro de los microsistemas, como la mano o el pie; fue iniciado en China de la mano con la acupuntura hace más de 2000 años; en la oreja están representadas todos y cada uno de los órganos y las partes del cuerpo; la afección de un órgano se ve reflejado en su parte correspondiente en la oreja; se manifiesta por aumento de la sensibilidad y el dolor en muchos casos. El doctor Paul Nogier a mediados del siglo XX considerado como el “padre de la auriculoterapia” fue el primero en sistematizar las observaciones que había realizado en la oreja creando la primera somatotopia auricular luego de haber verificado la

presencia de cicatrices en pacientes que habían sido tratados satisfactoriamente con incienso en el tratamiento de la ciática (oleson, 2005). De ahí en adelante, se fueron desarrollando protocolos de manejo para todas y cada una de las afecciones del organismo y su correspondencia con la oreja. La cefalea no fue la excepción y se desarrolló un protocolo para ella. Podemos por tanto afirmar que la auriculoterapia es un sistema alopático complementario al sistema holístico de la acupuntura. Se utilizan agujas, semillas, balines o chinchetas en los puntos afectados para causar analgesia; se utiliza la oreja del lado afectado; si la cefalea es aguda, se utiliza aguja o chincheta; si es crónica, se utiliza balín o semilla y se hace estimulación.

A continuación describiremos gráficamente los protocolos para la cefalea tensional y migraña:

Gráfico 2 Protocolo de auriculoterapia para migraña y cefalea tensional



Tomado de Auriculotherapy manual fourth edition, Terry Oleson pg 363 Churchill Livingstone London

12. Conclusiones

Hemos descrito aquí el abordaje y manejo de la cefalea desde ambas visiones: la occidental y la China; como podemos ver, son dos maneras distintas de abordar el problema, pero no menos valde la una con respecto a la otra : la occidental basada en el método reduccionista cartesiano de cuatrocientos años de evolución; la China mucho más antigua con más de dos mil años basado en un sistema complejo holístico ; que practicadas de manera idónea y sensata pueden dar buenos resultados en la curación de la enfermedad. La medicina occidental se centra en encontrar el origen neurobiológico de la cefalea, y corregirlo; mientras que la medicina China se centra en encontrar el desequilibrio a nivel energético que puede envolver todo el organismo y volver a equilibrarlo. Estos dos sistemas médicos pueden complementarse fácilmente sin llegar a interferirse el uno del otro para ayudar a mejorar el mal de manera más eficiente; como se dijo en un comienzo, la medicina tradicional China en nuestro medio puede ser de gran ayuda en los casos de cefalea difíciles de tratar, o en casos en que haya intolerancia o contraindicación a los medicamentos alopáticos. La organización mundial de la salud (OMS) avala la acupuntura como método valido para el alivio del dolor; por ello el 90% de los servicios del tratamiento del dolor en el Reino Unido ,y el 70% de Alemania incluyen la acupuntura entre los tratamientos que dispensan (prensa, 2004).

La expectativa a futuro es, en medicina China, desarrollar de manera eficiente estudios para cefalea demostrando la eficacia en el tratamiento como se ha hecho con la medicina occidental, teniendo en cuenta cada uno de los síndromes que la componen.

Bibliografía

- Alfonso, Z. M. (2015). ruta de manejo clinico en los pacientes con cefalea . En A. p. Patricia, *manual de rutas clinicas de dolor hospital el tunal* (pág. 235). Bogota: Panamericana.
- bartolomé, A. (2005). factores precipitantes de la crisis de migraña. *SEMERGEN*, VOL8 pags349.
- Bovento. (1991). evidence for differing origins of serotonergic of mayor cerebral arteries and small pial vassels in the rats. *neurochem*, 681-689.
- Chawla, J. (14 de diciembre de 2015). *migraine headache treatmentand management*. Obtenido de e medicine.medscape.com : <http://emedicine.medscape.com/article/1142556-treatment#d11>
- Flaws, B. (2001). Migraine Headaches. En B. Flaws, *The treatment of modern western diseases with chinesse medicine* (pág. 367). Boulder: Blue poppy press.
- Fuente, J. V. (Diciembre de 2010). eficacia de la acupuntura sobre las cefaleas hemicraneanas agudas tesis de grado. *eficacia de la acupuntura sobre las cefaleas hemicraneanas agudas*. Mexico DF, Mexico DF, Mexico: instituto politecnico nacional repositorio.
- G, J. J. (1989). hiperactividad Yang de higado. En J. J. G, *fundamentos de medicina tradicional China* (pág. 236). Bogota: tercer mundo editores.
- Garner, H. (1999). the genetics basis of migraine:how much do we know. *neurol sci*, 26 (3) 37-43.
- Giovanni, M. (2009). *La practica de la medicina China*. Barcelona: Elsevier.
- Kaptchuck, T. (1995). *Medicina china ,una trama sin tejedor*. Barcelona: libros de la nieve de marzo.
- Kudrow. (1991). Diagnosis and treatment of cluster headache. *medical clinics of northamerica*, 579-594.
- Lance. (2005). *mechanism and management of headache*.
- lauritzen. (1987). cortical spreadingdepression as putative migraine mechanism. *TIPS*, 8-13.
- Maciocia, G. (2001). *los fundamentos de la medicina tradicional china*. lisboa: aneid press.

42 Cefalea y síndromes equivalentes en medicina tradicional China: Abordaje y manejo

- Manish K Singh. (28 de diciembre de 2015). *Muscle Contraction Tension Headache Treatment & Management*. Obtenido de emedicine medscape.com:
<http://emedicine.medscape.com/article/1142908-treatment>
- marie, E. (2002). la humedad. En E. marie, *Compendio de medicina china* (pág. 144). EDAF.
- Michelle, B. (7 de december de 2015). *medscape-cluster headache*. Obtenido de emedicine medscape: www.emedicine.medscape.com/article
- miguel, V. (2013). fisiopatología de la migraña. *acta neurologica colombiana*, 29,44-52.
- Mitsickostas. (2000). comorbidity of headache and depressive disorders. *cephalagia*.
- Olesen. (marzo de 2013). *III edicion de clasificacion de las cefaleas ICHD-3 traduccion española*. Obtenido de www.ihs-headache.org/ichd-guidelines: www.ihs-headache.org/ichd-guidelines
- oleson, T. (2005). *Auriculoterapia sistemas chino y occidental de acupuntura auricular*. Buenos Aires: Panamericana.
- OMS. (2012). *cefaleas, nota descriptiva N°277 I*. pagina web.
- Peilin, S. (2002). Headache. En S. Peilin, *the treatment of pain with Chinese herbs and acupuncture* (pág. 179). londres: Churchill livinstone.
- ping, L. (2000). *El gran libro de la medicina China*. Barcelona: Edidines martinez Roca.
- ping, Z. j. (2011). *Acupuntura y moxibustion , guias de estudio de medicina china*. madrid: fundacion europea de MTC.
- prensa, O. c. (22 de Junio de 2004). www.who.int . Obtenido de WHO:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/>
- Rufo-campos. (2001). fisiopatología de la migraña. *revista de neurologia clinica*, 263-271.
- sol, E. G. (2014). estasis de sangre. En e. G. sol, *Pequeño compendio de materia medica china* (pág. 420). Medicina china hoy.
- solomon. (1998). *manual clinico sobre migraña*. londres: science press.
- Sussmann, D. (2000). *Acupuntura teoria y practica*. Buenos Aires: Editorial kier sa.