

Aplicación de la digitopuntura en pacientes con cefalea migrañosa. Policlínico Contreras, Matanzas, 2014

Digitopuncture application in patients with migrainous cephalalgia. Contreras Polyclinic, Matanzas, 2014

Lic. Damaisys Suárez Betancourt,^I Lic. Leticia Cabrera Benitez,^{II} Lic. Luisa María Leonard Pérez,^{III} Lic. Claribel Reyes Fariñas,^I Lic. Esperanza Trimiño Hernández,^I Lic. Mori Luisa Ruíz Díaz^I

^I Policlínico Comunitario Docente José Luis Dubrocq. Matanzas, Cuba.

^{II} Centro de Inmunología Molecular. La Habana, Cuba.

^{III} Hospital Provincial Docente-Clínico Quirúrgico José Ramón López Tabrane. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la cefalea es toda sensación dolorosa que tiene lugar en la parte superior de la cabeza, desde el reborde orbitario hasta la nuca. Constituye la primera causa de acudir al neurólogo y uno de los motivos más frecuentes en consultas de Medicina Interna. La cefalea tipo tensión es frecuente en la práctica diaria y la más invalidante desde los puntos de vistas físico, social, económico y psicológico.

Objetivo: mostrar la actuación de Enfermería en el alivio de la migraña y describir la efectividad de la digitopuntura en pacientes con cefalea migrañosa, del Policlínico Contreras, primer trimestre de 2014.

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal. El grupo de estudio, 120 pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Natural y Tradicional.

Resultados: la edad de mayor incidencia 25–34 años, con 47.4 %. Prevalció el sexo femenino, en un 70 %; la duración del dolor mostró un 43.3 % de afectación. Transcurrió entre las 4 y 8 horas, y siempre tuvo relación con el estrés, en 44.2 %; en un 69.2 % existió relación del dolor con la ingestión de alimentos. Se alivió con el sueño el 61.7 %, y el 52,5 % alcanzaron estado evolutivo excelente.

Conclusiones: la aplicación de la digitopuntura a pacientes con cefalea migrañosa contribuyó a que los casos estudiados evolucionaran satisfactoriamente, expresando alivio del dolor. El tratamiento demostró efectividad y contribuyó a la

disminución de drogas utilizadas en esta entidad, disminución de gastos económicos que implica el consumo de las mismas; lograr reincorporar a la vida laboral y social en un menor tiempo al paciente.

Palabras clave: cefalea, digitopuntura, cefalea migrañosa.

ABSTRACT

Introduction: cephalalgia is any painful sensation occurring in the superior part of the head, from the orbital ridge to the nape. It is the first cause of visiting a neurologist and one of the most frequent causes of Internal Medicine consultations. The tension-kind cephalalgia is frequent in daily practice and the most invaliding one from the physical, social, economic and psychological point of view.

Aim: to show Nursery behavior in migraine alleviation and to describe the digitopuncture effectiveness in patients with migrainous cephalalgia from Contreras Polyclinic in the first trimester of 2014.

Material and methods: observational, descriptive, cross-sectional study. The studied group was 120 patients assisting the consultation of Natural and Traditional Medicine.

Outcomes: the 25-34 age group was the one that showed higher incidence, with 47.4 %. The female sex prevailed with 70 %; pain lasting had 44.3 % of affectation. It lasted between 4 and 8 hours, always related to stress in 44.2 %. There it was a relation between pain and food intake in 69.2 %. 61.7 % of the cases were lessened with sleep, and 52.5 % achieved an excellent evolving status.

Conclusions: Acupuncture application to patients with migrainous cephalalgia contributed to the satisfactory evolution of the studied cases: The patients expressed pain relieve. The treatment showed effectiveness and facilitated the decrease of drug usage in this entity, also diminishing the economic expenses its use implies; the patients reincorporated to social and working life in a shorter time period.

Key words: cephalalgia, digitopuncture, migrainous cephalalgia.

INTRODUCCIÓN

La cabeza es el sitio que con mayor frecuencia duele en el cuerpo. Entre el 70 y 80 % de la población tanto, hombres como mujeres, experimentan cefalea, y de forma aproximada el 50 % de ella aqueja de dolor de cabeza al menos una vez al mes, el 15 % una vez por semana y el 5 % a diario; ya sea formando parte de un cortejo sintomático o como síntoma único, que puede ser la expresión de un proceso tan grave como un tumor cerebral o simplemente la traducción clínica o de un fenómeno tan banal como una fatiga.

La cefalea es toda sensación dolorosa que tiene lugar en la parte superior de la cabeza, desde el reborde orbitario hasta la nuca. Constituye la primera causa de acudir al neurólogo y uno de los motivos más frecuentes en consultas de Medicina

Interna. Se clasifican en primarias, cuando no existe motivo orgánico o de otra índole conocida y secundarias cuando este existe.⁽¹⁻³⁾

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 las 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 físico, social, económico y psicológico.

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.⁽⁴⁻⁸⁾

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.^(9,10)

Actualmente, hay varias universidades, clínicas e institutos de investigación, especializados en medicina tradicional china, cuya difusión por todo el mundo abarca muchos países, incluso Cuba. Los principios de la medicina tradicional china con sus diferentes teorías, las causas que pueden ocasionar el desequilibrio energético, los instrumentos terapéuticos, sus técnicas afines y algunas patologías más frecuentes con sus tratamientos.

Las técnicas afines más frecuentes de esta ciencia milenaria (Medicina Tradicional China) son:

- 1- Acupuntura.
- 2- Fitoterapia.
- 3- Morxibustión.
- 4- Electroacupuntura.
- 5- Ventosas.
- 6- Masajes terapéuticos.
- 7- Analgesia acupuntural.
- 8- Digitopuntura.

Para lograr los efectos deseados por esta última técnica, *la digitopuntura* no es suficiente el diagnóstico occidental, también es necesario el diagnóstico tradicional por ser una técnica cada vez más difundida en el mundo y en Cuba; 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 consultorio; integrándose con otros tratamientos bioenergéticos y de Medicina Tradicional. Sustituye el uso de los medicamentos tradicionales, disminuye las reacciones secundarias que presentan los mismos puesto que estos tratamientos bioenergéticos no tienen efectos colaterales sobre los pacientes.⁽¹¹⁾

Desde el punto de vista económico, además del ahorro por la disminución o eliminación del consumo de medicamentos hay una reducción de los gastos que

ocasiona el traslado fuera de sus áreas y con ello también las ausencias a sus centros laborales que 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. Se debe 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 resuelven con el uso de esta técnica, los beneficios superan los gastos médicos asistenciales.

Durante el último semestre del año 2014, una de las afecciones que más motivó la asistencia de pacientes a la consulta de MNT fue la cefalea migrañosa, siendo esta la causa fundamental que motivó la realización de este estudio. Los autores se proponen describir la efectividad de la digitopuntura en pacientes con cefalea migrañosa del Policlínico Contreras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal sobre la aplicación del tratamiento con digitopuntura y la evolución clínica de los pacientes que padecen de cefalea migrañosa, en el área de salud del Policlínico Contreras en el primer trimestre del año 2014.

El grupo de estudio estuvo conformado por 120 pacientes que acudieron a la consulta de fisiatría por cefalea migrañosa, remitidos por el médico de la familia. Se recogieron los siguientes aspectos en una planilla de recolección de datos: edad, sexo, duración del dolor, presencia de estrés, relación con ingestión de alimentos y relación con el sueño, además de la 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.

Para la obtención de los datos primarios se diseñó y aplicó, previo consentimiento informado.

A todos los pacientes se les aplicó la digitupuntura a través de la intervención del Licenciado en Enfermería y Diplomada en MNT, se 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. La digitupuntura se efectuó en un lugar con temperatura ambiente agradable, ni fría ni calurosa para evitar las corrientes bruscas de aire.

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.

La selección de los puntos se hizo de acuerdo con la localización del dolor, la función analgésica del punto y al desbalance energético del meridiano.

Se utilizó una computadora Pentium IV Sistema Operativo Word 2007 .Los datos fueron llevados del libro registro a la base de datos creada al efecto. Posteriormente se procesaron todos los datos en el sistema Excel Los resultados fueron plasmados en tablas y expresados en por ciento lo que permitió el análisis y se arribaron a conclusiones.

Principales técnicas utilizadas:

- Presión digital: se utiliza el extremo de un dedo y se realiza la presión en el punto incrementándola gradualmente pero con fuerza, hasta que el paciente sienta una sensación de entumecimiento y dolor sordo. La duración de la presión sobre el punto es de 30 a 40 s.

Puntos más 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): se localiza 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): se localiza 2 cun proximal del punto medio del pliegue de la muñeca entre los dos tendones de los músculos palmar mayor y flexor carpo radial.
- E8: (Estómago): Se encuentra a 0,5 cun lateral al ángulo anterior de la línea del pelo.
- VB20: (Vaso Gobernador): está 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): está a 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): se localiza en 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.

Maniobra:

- Sedación.
- Tonificación.

RESULTADOS

Se observa (tabla 1) una correlación entre edad y sexo, donde predominó en este último el sexo femenino, con el 70 % de pacientes tratados en el estudio. La edad de mayor incidencia se registró en los rangos de 25–34 años, para un 47.4 %.

Tabla 1. Relación entre edad y sexo una vez aplicada la técnica de digitopuntura

Sexo	Edad													
	-24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		+ 65		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	2	1.6	44	36.6	19	15.8	8	6.6	6	5.0	5	4.1	84	70
Masculino	3	2.5	13	10.8	10	8.3	4	3.3	5	4.1	1	0.8	36	30
Total	5	4.1	57	47.4	29	24.1	12	9.9	11	9.1	6	4.9	120	100

La duración del dolor (tabla 2) muestra que el grupo que mejor aceptó el tratamiento fue el de 4 a 8 h, con el 43.3 %.

Tabla 2. Duración del dolor una vez aplicada la técnica de digitopuntura

Duración del dolor	No.	%
Menos 2h	11	9.2
De 2 a 4 h	39	32.5
De 4 a 8 h	52	43.3
Mas 8 h	18	15.0
Total	120	100

El dolor siempre tuvo relación con el *stress*, en 44.2 % de los casos, y el en 30 % nunca presentaron *stress*. (tabla 3)

Tabla 3. Presencia del *stress* como factor desencadenante del dolor

Presencia de <i>stress</i>	No.	%
Siempre	53	44.2
Casi Siempre	20	16.6
A veces	11	9.2
Nunca	36	30.0
Total	120	100

Se muestra en la tabla 4, que el 69.2 % de los pacientes manifestaron que si existió una relación del dolor con la ingestión de alimentos como factor desencadenante a la cefalea.

Tabla 4. Existencia de algún alimento como factor desencadenante de cefalea migrañosa

Existencia de alimento	No.	%
Si	83	69.2
No	37	30.8
Total	120	100

Se aprecia en la tabla 5 que un 61.7 % de los pacientes se aliviaron con el sueño, y el 38.3 % se les agravó el dolor con el insomnio.

Tabla 5. Relación del dolor con el sueño

Características	No.	%
Se alivia con el sueño	74	61.7
Se agrava con el insomnio	46	38.3
Total	120	100

Se observa en la tabla 6 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, 7 pacientes no mejoraron en la quinta sesión y de ellos solo mejoraron 2, en la décima sesión; quedando 5 que no tuvieron mejoría con el tratamiento.

Tabla 6. Evolución clínica de los pacientes con cefalea migrañosa

Evolución Clínica	Quinta Sesión		Décima Sesión	
	No.	%	No.	%
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

DISCUSIÓN

Autores como Titus F,⁽¹⁰⁾ consideran en un estudio realizado, que el sexo femenino es uno de los más aquejados con esta dolencia y más afectada por factores desencadenantes de la misma, como son: los períodos menstruales y *stress* emocional. Existe una sincronía específicamente al grupo de edad más representado con 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 la 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 *stress* que en muchos casos deriva por tensión en migraña.⁽¹⁰⁾

Los resultados reportado a nivel internacional, se recoge que la duración de las crisis es alrededor de las 8 a 72 h. En este estudio la duración del dolor, osciló entre 2 a 8 h lo que 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 8 h, el mayor número de paciente la crisis le dura 4 a 8 h con un total de 52 pacientes.

No es infrecuente que el paciente refiera una persistencia media de las crisis con escasa variación, pero resulta también habitual que sobre una media estable en la duración, intercurran crisis cuya persistencia es mucho más prolongada.^(11,12)

La frecuencia de presentación de los ataques es uno de los elementos más significativos a la hora valorar la severidad de la dolencia. Su importancia radica en que una elevada frecuencia de presentación, que puede cifrarse a título de ejemplo en una crisis cada semana, representa 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.⁽¹¹⁾ La cuantificación concreta del concepto frecuencia, por criterios epidemiológicos, resulta muy difícil y probablemente los datos que se manejan 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), también por la habitual variación de la patología en cada enfermo. Estos cambios evolutivos en la frecuencia de presentación de crisis que se observan 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 situaciones concretas.

Como se puede apreciar, evidencia ser ligeramente inferior al encontrado en la literatura y se conoce 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.

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, se 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 %.

Se coincide con lo revisado en la literatura, donde se muestra la relación con los alimentos. Es una realidad práctica que el paciente migrañoso, rechace 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 lista 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, resulta 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 vaso activa de determinados productos como la tiramina, 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.

Existe una clara relación del sueño con la migraña, que además abarca amplios y diversos aspectos. 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 una relación terapéutica, dado que dormir es una de las principales formas de resolución del ataque de migraña.

La mayoría de personas, cuando duermen más o menos de lo acostumbrado presentan, al despertar, una cefalea moderada que suele ceder al iniciar la actividad.

En el individuo predispuesto esta cefalea puede evolucionar al desarrollo de una crisis. Reconocen este hecho como propio, hasta el 35 % de migrañosos.⁽¹³⁾

Por lo general los resultados de este estudio evidencian la efectividad del tratamiento. La migraña es una enfermedad que requiere tratamiento siempre, aunque son de muy distinto rango las medidas a aplicar. Con la atención y conocimiento del tema se debe conseguir alejar al paciente del recurso del auto prescripción y alertarlo del riesgo que representa para su salud. No se debe aconsejar nunca el anticipar el consumo analgésico para evitar el desarrollo de la crisis. Conviene advertir 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.

La aplicación de la digitopuntura en pacientes con cefalea migrañosa en el Policlínico de Contreras, contribuye a que los casos estudiados evolucionaran satisfactoriamente expresando alivio del dolor lo que demuestra la efectividad del tratamiento con una altísima disminución del uso de drogas utilizadas en el tratamiento de esta entidad, se disminuyen los gastos económicos que implica el

consumo de las mismas y se reincorporan a la vida laboral y social en un menor tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Naranjo Álvarez RJ. Cefaleas. Enfoque salubristas [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013 [citado 2 Mar 2015]. 204 p. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cefaleas_enfoque/indice_p.htm
- 2- Murthy SN, Cohen ME. Pseudomigraine with prolonged aplasia in a child with cranial irradiation for medulloblastoma I. Chile Neurol. 2002; 17(2):134-8. Citado en PubMed; PMID: 11958186.
- 3- Espinosa González RE, Alba Pérez L. Exploración de la esfera cognitiva en pacientes con cefalea tensional. Medicentro [Internet]. 2011 [citado 2 Mar 2015];15(3). Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/v15n3a11/003exploracion1revisado.htm>
- 4- Rodríguez Álvarez L, Valdés Ramos Y. Evolución clínica de los pacientes con cefalea migrañosa tratados con digito puntura. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Mar 07];9(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000100006&lng=es
- 5- Lieb K, Treffurth Y, Berger M, et al. Substance p and affective disorders new treatment opportunities by neurokinin I. Receptor antagonist. Neuropsychobiology. 2007;45(supp. 1):2-6. Citado en PubMed; PMID: 11893870.
- 6- Días Cicarelli D, Frerichs E, Martins Benseñor FE. Incidencia de complicaciones neurológicas y cefalea pospunción dural luego de anestesia regional en la práctica obstétrica: un estudio retrospectivo de 2399 pacientes. Rev colomb anestesiol [Internet]. 2014 [citado 2 Mar 2015];42(1):28-32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472014000100006&script=sci_arttext&lng=es
- 7- Rojo Amigo E. Cefalea tensional y migraña. Aula de la farmacia: revista profesional de formación continuada [Internet]. 2012 [citado 2 Mar 2015];8(88):73-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/300482>
- 8- Trotsky MB. Neurogenic vascular headaches. Food and chemical triggers. Ear Nose Throat J. 2007;73(4):228-30. Citado en PubMed; PMID: 7912670.
- 9- Del Mónaco R. Dolores de cabeza, síntomas y enfermedad: un abordaje social sobre la construcción clínica de la migraña. Intersecciones antropol [Internet]. 2012 [citado 2 Mar 2015];13(2):501-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=179525429014>
- 10- Titus F. La crisis de migraña. En: Migraña y otras cefaleas vasculares. Barcelona: Edit F. Titus; 2007. p. 60-83.

11- Blanco Gómez G. Estrés laboral, trabajo emocional y salud en profesionales del área de la rehabilitación. Rev Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2011 [citado 2 Mar 2015]; 12(2):35-45. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol12_2_11/rst05211.htm

12- Zandifar A, Asgari F, Haghdoost F, et al. Reliability and validity of the migraine disability assessment scale among migraine and tension type headache in Iranian patients. Biomed Res Int. 2014. Citado en PubMed; PMID: 24527462.

13- Martínez A, Kindelan-Calvo P, Agudo-Carmona D, et al. Therapeutic exercise as treatment for migraine and tension-type headaches: a systematic review of randomised clinical trials. Rev Neurol. 2013 Nov 16; 57(10):433-43. Review. Spanish. PubMed PMID: 24203665.

Recibido: 4 de abril de 2016.

Aceptado: 5 de septiembre de 2016.

Damaisys Suárez Betancourt. Policlínico Comunitario Docente José Luis Dubrocq. Contreras e/n Ayuntamiento y Jovellanos. Matanzas, Cuba. Correo electrónico:
damaisys.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Suárez Betancourt D, Cabrera Benitez L, Leonard Pérez LM, Reyes Fariñas C, Trimiño Hernández E, Ruíz Díaz ML. Aplicación de la digitopuntura en pacientes con cefalea migrañosa. Policlínico Contreras, Matanzas, 2014. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 39(1). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1871/3265>