

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE
CIEGO DE ÁVILA**

**MASAJE TUI-NA EN EL TRATAMIENTO DE
LA CEFALEA MIGRAÑOSA, EN NIÑOS**

AUTOR: DRA. ADELA ZAMORA RODRÍGUEZ

ASPIRANTE A ESPECIALISTA DE 1ER GRADOS EN MGI

TUTOR: DR. ERMIS ZAMORA GARCÍA

ASESOR: DRA OLGA A ALFONSO PÉREZ

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
1ER GRADOS EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2010

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental, de antes y después, en el Centro Provincial de Medicina Natural y Tradicional de Ciego de Ávila, en el período comprendido entre septiembre 2009-mayo 2010. La muestra quedó conformada por 70 niños elegidos de forma aleatoria simple, divididos en dos grupos (A y B), y con edades comprendidas entre 10 y 15 años, provenientes del universo de pacientes que acudió a la consulta de Neuropediatría del Policlínico de Especialidades (135), de Ciego de Ávila, con impresión diagnóstica de cefalea migrañosa, con mala respuesta al tratamiento. A cada niño se le confeccionó una historia clínica en la cual fueron recogidos sus datos principales. El tratamiento tradicional fue satisfactorio en el 77.11% de los pacientes; disminuyó el consumo de medicamentos en el 85.71% de los pacientes; acortó la duración de las crisis en el 82.85% de los niños; redujo la frecuencia de las crisis en el 80. %; mejoró los días-clases perdidos en el 74.28% de los pacientes; la reincorporación a sus actividades fue mejor en el 85.71% y el 77.14% de los pacientes de este grupo pasó a cefalea de intensidad leve.

Palabras claves:

Cefalea Migrañosa, Masaje Tui-Na, Medicina Natural y Tradicional.

PENSAMIENTO

El mayor pago que se pueda recibir, es el de saber que hay un ser humano que no sufre, una familia que sonríe y una sociedad que recupera a uno de sus integrantes.

José Martí.

DEDICATORIA

A mis padres, a los cuales admiro mucho y sobre todo a mi mamá, por haber sabido mostrarme el camino correcto a seguir, y brindarme siempre su apoyo incondicional.

A mi hermana Anisbel, de la cual me siento muy orgullosa, pues para mi es alguien muy especial, por estar siempre a mi lado aún en situaciones difíciles.

A mi hermano Eduardo, que, aunque esté lejos, siempre se mantiene presente en mi corazón.

A mis abuelas Gladys y Plácida por su gran ternura y comprensión.

A mi tío Ermis, que es mi segundo padre, digno de admiración, gracias por tu paciencia y dedicación.

A mi cuñado Alexei, por estar siempre dispuesto a brindarme su ayuda.

A Norge, mi amor, que ante todo es mi gran amigo, por llenar cada día mi vida de alegría demostrándome siempre su amor incondicional.

INDICE

Introducción	1
Objetivos	5
Marco Teórico	6
Método	23
Análisis y Discusión de los Resultados	31
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	43

INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza es una de las afecciones más frecuentes de la humanidad. Su exacta magnitud es difícil de establecer, ya que muchas personas con dolores de cabeza aislados o moderadamente recurrentes, no consultan al médico y se automedican; no obstante, se estima que una persona de cada tres experimenta cefaleas severas en alguna etapa de su vida. (1)

Se entiende como cefalea un síntoma en el que se engloban los dolores y molestias localizados en la cabeza; siendo muy frecuente en la población en general. Esta ha sido denominada “la dolencia médica más frecuente de nuestros tiempos”. (1)

Existen diferentes causas que la provocan y por tanto es amplia su clasificación como también es la variabilidad en cuanto a severidad, cualidad e impacto que tiene la cefalea en el paciente, lo que hace que no sea un fenómeno idéntico en cada paciente. (1)

En muchas ocasiones, la cefalea es sólo un síntoma, expresión secundaria de procesos intracraneales no vasculares (tumores, quistes aracnoideos, anomalías del líquido cefalorraquídeo, infecciones); lesiones vasculares de la cabeza o cuello (aneurismas y malformaciones vasculares, hemorragias parenquimatosas, subdurales o epidurales, isquemia cerebral, oclusión o disección de arterias carótidas o vertebrales, arteritis); enfermedades de los ojos, oídos, nariz, boca o estructuras del cuello; o alteraciones sistémicas (fiebre); metabólicas (hipoxia, hipoglucemia, acidosis) o intoxicaciones (exposición a monóxido de carbono). En otras ocasiones, el dolor de cabeza constituye en sí el desorden principal o alteración primaria (migraña, cefalea de tensión, cefalea en racimos), sin que puedan detectarse lesiones orgánicas subyacentes. (1;2)

Las cefaleas primarias son más frecuentes en las primeras décadas de la vida, mientras que a partir de la cuarta década aumenta la incidencia de las secundarias

a causas orgánicas. (2)

Las cefaleas primarias incluyen a un conjunto de síndromes caracterizados esencialmente por algias recurrentes localizadas en la extremidad craneal, bajo las que no subyace ninguna causa estructural reconocible. (1;2)

Se agrupan esencialmente en cuatro categorías principales: migrañas, cefaleas de tensión, algias vasculares de la cara y hemicráneas paroxísticas y cefaleas diversas sin causa estructural, ligadas o no a factores desencadenantes específicos. (1)

Aunque, según se deduce de los estudios epidemiológicos, el grupo de población que sufre dolores de cabeza de forma esporádica o periódica es significativo, el número de los que llegan a solicitar ayuda médica es mucho más reducido, probablemente limitándose a las formas más severas con carácter crónico o recurrente. Según las encuestas de Lipton y Cols. (1994), sólo entre el 15-30 % de los que sufren migraña activa consultan al médico cada año y menos del 15 % acuden al neurólogo; estudios realizados en el servicio de neurología del Hospital Nacional de Niños de Paraguay (2005) mostraron que los diagnósticos principales fueron de migraña (95%) y cefalea tensional (3%), con respuesta satisfactoria (85% de los casos) a las recomendaciones, analgésicos o al tratamiento preventivo, permitiendo remitirles (75%) a sus consultas de origen.(2;3)

La migraña constituye un importante problema de salud pública con una gran repercusión tanto sobre el individuo que la sufre como sobre la sociedad. Este impacto sobre el individuo y la sociedad puede ser cotejado mediante evaluaciones sobre la calidad de vida, pérdida de horas de trabajo, frecuentación de servicios de salud y consumo de medicamentos.

Se calcula que el 4 % de la totalidad de consultas en régimen ambulatorio, se deben a cefalea y que también es una causa común de frecuentación de los servicios de urgencias. Alrededor de un 50% de pacientes que consultan al especialista por este motivo lo hacen por presentar de 1 a 4 crisis al mes. (4)

La edad de máxima incidencia se sitúa entre los 5 y 13 años siendo más rara,

aunque no excepcional por debajo de los 4 años. (3)

Los resultados de 5 estudios retrospectivos realizados en Cuba y publicados entre 1977-1991 con 27606 niños, muestra unas cifras de prevalencia de cualquier tipo de cefalea entre un 37 % y un 51 % en niños de 7 años y entre un 57 % y un 82 % a la edad de 15 años”. (2) En Ciego de Ávila se reporta una incidencia de un 11.45% en niños y alcanza el 12,3% en menores con edades entre 10-15 años. No se contabiliza el costo en medicamentos ni los días-clases perdidos por esta patología, pero se considera alto dada la incidencia. (4)

Dadas las características de la migraña y su alto grado de incidencia es necesario darle un seguimiento a los pacientes que la padezcan, y hacer una selección minuciosa a la hora de ponerle un tratamiento con fármacos, por los efectos secundarios que puede producir en el organismo.

El empleo en nuestro país de ejercicios físicos con fines terapéuticos toma auge y se desarrolla después del triunfo de la Revolución, porque a partir de ese momento la salud de la población se convirtió en una de las estrategias más importantes del estado cubano, dentro de la cual, la rehabilitación física constituye un pilar fundamental y resulta una evidente demostración, del estrecho vínculo que existe entre la actividad física y la salud. (1;5)

La medicina natural tradicional es aplicable y de gran importancia en diferentes padecimientos patológicos siempre y cuando no estén contraindicados por un especialista, la misma se emplea en el mundo y en nuestro país, está caracterizada por provocar en un plazo de tiempo relativamente corto, alivio de síntomas en las diferentes afecciones y por ende, una repercusión favorable en su estado de salud y bienestar. (6)

Actualmente se dispone de las clínicas de Medicina Natural y Tradicional del MINSAP donde se aplican tratamientos, lo que demuestra el nivel de integración entre la medicina occidental y tradicional, de ahí la importancia de aplicar el masaje manual para la salud de la persona.

Problema:

La alta incidencia de cefalea migrañosa, con mala respuesta al tratamiento, en niños entre 10-15 años y su interferencia en las actividades habituales, en el aumento del consumo de analgésicos y en su calidad de vida.

Hipótesis:

Si aplicamos masaje Tui-Na craneal a los niños aquejados de cefalea migrañosa se lograría disminuir la intensidad, la frecuencia y la duración de las crisis, el consumo de medicamentos, se acortaría el tiempo de reincorporación a sus actividades habituales y disminuirían los días/clases perdidos.

OBJETIVOS

Objetivos:

General:

1. Evaluar la efectividad del masaje Tui-Na craneal en niños (10-15 años) aquejados de cefalea migrañosa con mala respuesta al tratamiento.

Específicos:

1. Analizar la respuesta al tratamiento.
2. Evaluar el consumo de medicamentos al inicio y final del tratamiento.
3. Determinar el tiempo de reincorporación a sus actividades habituales.
4. Analizar los días/clases perdidos al inicio y al final del tratamiento.

Beneficios esperados:

Mejorar la calidad de vida de los niños entre 10-15 años afectados de cefalea migrañosa por:

1. Disminución del consumo de analgésicos.
2. Mejora significativa en la intensidad de las crisis.
3. Reincorporación tempranamente a sus actividades habituales.
4. Disminución de los días-clases perdidos.

MARCO TEÓRICO

Esta afección es una de las más antiguas que conoce la humanidad. La primera descripción registrada se remonta a la era de la Mesopotamia alrededor del año 4000 AC. Hipócrates fue el primero en describir los síntomas visuales de esta enfermedad. (3)

Aretaeus de Cappadocia (Siglo II d. de C.) describe una cefalea paroxística afectando a un lado de la cabeza, a menudo asociada con náuseas, seguida por intervalos variables libres de dolor. Galeno (130-200 d. de C.) fue quien definió con insuperable precisión un tipo de dolor de cabeza, al cual lo llamó hemicránea. En la escuela traductora de Toledo, en España, fue traducido como Jaqueca, las lenguas romanas lo dieron a conocer como micránea primero y luego migraña, por tanto, migraña y jaqueca ambas se corresponden con una única enfermedad caracterizada por dolor de cabeza conocida desde la antigüedad. (3)

El nombre actual de "migraña" deriva de la traducción del equivalente francés migraine que ganó adeptos en el ámbito médico en el transcurso del siglo XVIII. En un documentado estudio, el neurólogo e "historiador", García-Albea, aporta consistentes razones para recomendar la utilización preferente, en el ámbito de la lengua española, del vocablo "jaqueca" sobre el de migraña; no obstante, los hábitos de uso y la dependencia científica del mundo anglosajón, hacen que está justificada recomendación sea probablemente inaplicable. (1; 3)

La migraña es un trastorno complejo constituido por una variedad de síntomas y trastornos físicos. Es una enfermedad bastante frecuente en el grupo pediátrico y representa una de las causas de consultas en unidades de emergencias y consultorio externo, ausentismo escolar y molestias significativas para el paciente. (1; 3)

En 1988 la Sociedad Internacional de Cefaleas promulga la clasificación que actualmente está en uso y basados en ella, se pueden diagnosticar más de un tipo

de cefalea, por ejemplo, tipo migraña y tipo tensión. (1)

Primarias:

1. Migraña.
2. Cefalea tipo tensión.
3. Cefalea en salvas y hemicránea paroxística crónica.
4. Cefalea miscelánea no asociada con lesión estructural.

Secundarias:

5. Cefalea asociada con trauma craneoencefálico.
6. Cefalea asociada con enfermedades vasculares.
7. Cefalea asociada con enfermedades intracraneales no vasculares.
8. Cefalea asociada con sustancias o su suspensión.
9. Cefalea asociada con infecciones sistémicas.
10. Cefalea asociada con enfermedades metabólicas.
11. Cefalea o dolor facial asociados con enfermedades del cráneo, cuello, ojos, oídos, senos paranasales, dientes y boca.
12. Neuralgias craneales, dolores de tronco nervioso y por deaferentación.

Según la sociedad internacional de cefalea, la clasificación de la migraña actual la identifica en 14 grandes categorías (1):

1. Migraña sin aura.
2. Migraña con aura.
3. Migraña con aura típica.
4. Migraña con aura prolongada.
5. Migraña hemipléjica familiar.
6. Migraña basilar.

7. Aura migrañosa sin cefalea.
8. Migraña con aura de inicio agudo.
9. Migraña oftalmopléjica.
10. Migraña retiniana (ocular).
11. Síndromes periódicos de la niñez precursores de migraña.
12. Complicaciones de la migraña.
13. Estado migrañoso.
14. Vértigo paroxístico benigno en el niño.

Para algunos pacientes la cefalea es una verdadera enfermedad, pero para el médico es un síntoma o un síndrome, el cual puede tener múltiples y variadas etiologías. En su gran mayoría las cefaleas son benignas y de buen pronóstico no presentando ningún peligro para la vida de los pacientes. (1)

Del 3 al 15% de los niños la padecen, existe una historia de migraña familiar reportada en más del 90% de los casos. Se piensa que la transmisión, responde a un patrón autosómico dominante con penetrancia incompleta. (1; 2)

El inicio puede ser tan precoz como dos años, con un aumento de la frecuencia con los años. Se observa una preponderancia en varones en la edad escolar y en las mujeres en la pubertad. (3; 7; 8)

La migraña puede comenzar a cualquier edad, pero generalmente el ataque inicial aparece durante la adolescencia; alrededor de la tercera década de la vida la mayoría de los pacientes afectados, deben haber padecido su primer ataque, en los ancianos tiende a disminuir la presencia de las crisis de migraña o ser menos severas. (2; 9)

Este tipo de cefalea es frecuente causa de incapacidad, con considerable impacto en la vida social y el trabajo del individuo que la sufre, pudiendo provocar un significativo consumo de medicamentos para alivio de sus crisis. (2; 9; 10)

Los estudios epidemiológicos han permitido tener un estimado de la extensión o alcance del problema de la migraña, y son un importante preludio para la intervención de la salud pública encaminado hacia la mejoría diagnóstica y el tratamiento. (10; 11; 12)

Los ataques de migrañas son desencadenados por factores externos tales como: la ansiedad, fatiga, viajes, falta de sueño, ejercicio físico, menstruación, fármacos y otros. (13)

En los últimos años, diferentes estudios epidemiológicos han detectado un incremento significativo en la prevalencia de las cefaleas, tanto en niños como en adolescentes. El incremento de las condiciones ambientales y de estrés, a las que se ven sometidas son las principales causas de este aumento. Se calcula que a los 14 años el 96% de los niños han padecido en algún momento de su vida al menos, un episodio de cefalea y que los casos recurrentes se manifiestan en el 40% niño menor de 7 años y el 75% de los mayores de 15. (10-15)

El Dr. Roberto Martínez, en un estudio realizado en el policlínico de Ciro Redondo, Ciego de Ávila, encontró que el 58.33% de los pacientes lograron buenas respuestas luego de concluir los 3 ciclos de tratamiento, y que el sexo y las condiciones de vida no guardan relación con la respuesta al tratamiento, y sí lo hicieron los hábitos tóxicos. (16)

Benito Rodríguez, en el policlínico Belkis Sotomayor, de Ciego de Ávila, en un estudio con 42 pacientes a los cuales se les aplicó 3 ciclos de 10 sesiones con frecuencia bisemanales, separados por un período de 30 días, encontró que el 100% de los pacientes lograron una buena respuesta luego de concluido los 3 ciclos (17), y Yamira Muñoz, en un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento de la cefalea migrañosa en relación con el tratamiento acupuntural, en Florencia, con 40 pacientes de varios consultorios, a los cuales se les aplicó 10 sesiones de acupuntura dos veces por semana con una duración de 30 minutos cada sesión, encontró que después de la quinta sesión de terapia, se obtuvo mejoría significativa en más de la mitad de los pacientes. (18)

En la investigación efectuada en el área del policlínico comunitario Julio Castillo, con 40 pacientes, a los cuales se les aplicó 10 sesiones de acupuntura, 3 veces por semana, se observó que en la primera sesión aliviaron 6 pacientes (15%), y así sucesivamente continuaron mejorando para obtener los mejores resultados a partir de la quinta sesión (24 pacient = 60%). (19)

Estudios basados en poblaciones han estimado que la prevalencia en el curso de la vida, es decir, la proporción de individuos que han presentado este síntoma en algún momento a lo largo de su existencia, para cualquier tipo de cefalea, excede el 90 % para los varones y el 95 % para las mujeres. Encuestas llevadas a cabo en Estados Unidos, por Stewart y Cols. (1994), revelan que la prevalencia de la migraña (proporción de una población que padece migraña en un período de tiempo determinado) es del 17.6 % entre el género femenino y del 5.7 % entre el masculino. Este mismo autor puso de manifiesto diferencias de incidencia (número de nuevos casos en una población definida, para un período de tiempo determinado) según el sexo (1 varón: 2-3 mujeres) y edad, con un pico de incidencia máxima en varones de 6,6/1000habitantes/año, a los cinco años de edad, para la migraña con aura (clásica) y de 10 personas/1000h/año para la migraña sin aura (común); mientras que, en las mujeres, la máxima incidencia para la migraña con aura se originaba entre los 13-14 años con 14.1 casos/1000h/año y sin aura entre los 14-16 años de edad con una incidencia del 18.9 casos/1000h/año. (20)

La Asociación Americana de Estudios sobre Migraña estima que solo en Norteamérica hay 23 millones de residentes con migrañas severas, de los que el 25 % experimentan 4 o más ataques por mes, el 35 % entre 1 y 3 episodios severos por mes y el 40 % padece al menos 1 por mes. Al 82-85 % de las personas con ataques severos, la migraña les ocasiona algún grado de incapacidad y a casi un tercio les obliga a guardar reposo en cama durante el episodio agudo, incapacitándoles para realizar su actividad profesional, cuidar de sus familiares, etc. La migraña afecta a más de 28 millones de mujeres norteamericanas, lo que representa una incidencia tres veces mayor en las mujeres que en los hombres.

Este dolor de cabeza de tipo vascular se presenta más comúnmente entre las edades de 15 y 55 años y entre un 70% a 80% de las personas que la sufren tienen antecedentes familiares de migraña. (20; 21)

La migraña es una enfermedad de muy elevada prevalencia. Estudios dirigidos a cuantificar su magnitud, desarrollados en diferentes países, concluyen que la padece un porcentaje medio de un 14% de la población. No existen diferencias significativas de la prevalencia en relación a la raza, nivel cultural o económico, hábitat, etc. El género, en cambio, sí introduce notables diferencias, de tal modo que, en la determinación de este parámetro, incluyendo todas las edades, a la mujer le corresponde un 17%, mientras que para el varón alcanza solo un 6%. Hemos introducido el criterio de edad, porque antes de la pubertad la distribución de la enfermedad por sexos es prácticamente superponible. (21; 22)

La Prevalencia de la migraña varía en las diferentes series en diversos países, considerándose esta en el rango desde 5-20%. Un predominio en el sexo femenino de la migraña, se ha observado en todos los estudios de prevalencia de esta enfermedad con disminución de las crisis en el embarazo y una relación hombre / mujer. En el pasado se sugería que esta preponderancia se debía a la mayor asistencia de las mujeres a los servicios médicos. Esta hipótesis ha sido descartada por los estudios realizados en la comunidad. (13; 23)

Varios estudios epidemiológicos señalan que del 3 al 11% de los niños menores de 15 años padecen de la migraña. La presentación clínica de la migraña en el niño escolar es relativamente homogénea, sin embargo, se torna difícil en el paciente más pequeño por la capacidad limitada para describir sus síntomas. (23)

En términos económicos, la cefalea migrañosa es particularmente devastadora al incidir significativamente sobre la pérdida de productividad laboral (costos indirectos), las obligaciones sociales, y los gastos sanitarios (costos directos). Las cargas económicas exactas son todavía desconocidas, ya que los estudios en este terreno no son equiparables al incluir parámetros muy diversos. En función de los datos publicados, la estimación de los costos indirectos anuales para la migraña en

Estados Unidos, oscilan entre rangos tan extensos como de 1.4 a 17.2 billones/año (Stewart y Cols. 1994). (20; 23)

Los estudios de comorbilidad (asociación de dos condiciones en un mismo individuo) han puesto de manifiesto que la migraña es comórbida, con un número de desórdenes neurológicos y psiquiátricos entre los que se incluyen ictus, epilepsia, trastornos afectivos, neuroticismo, ansiedad y crisis de pánico. Esta comorbilidad es de gran importancia desde la perspectiva del diagnóstico y del tratamiento. (24)

Estos son sólo algunos de los datos que se desprenden de la obra **“Cefaleas en el niño y el adolescente”**, que pretende responder a las preguntas que se hacen los niños y adolescentes que padecen la enfermedad y sus familiares. Según el doctor Jaume Campistol, neuropediatra del Hospital Sant Joan de Déu, en Barcelona, las cefaleas en conjunto son muy habituales en la infancia, y la frecuencia de las mismas aumenta con la edad. (23; 25)

La afectación del estado general puede ser tan intensa durante las crisis de migraña que, en ocasiones llegan a ser incapacitantes. “Cuando la cefalea viene acompañada de otros síntomas neurológicos, o su frecuencia e intensidad son elevadas, pueden resultar muy invalidantes y repercutir negativamente en la calidad de vida del niño y del adolescente. Disminuye la participación en las actividades sociales y escolares, así como el rendimiento en sus estudios”, afirma el doctor Campistol. En este sentido, la tasa de ausentismo escolar por cefalea es de 7.8 días al año mientras que en el caso de los niños que no padecen el trastorno la cifra se sitúa en torno a los 3.7 días por años. (23; 25)

La migraña provoca afectación de la productividad laboral, por ausencias o disminución del rendimiento por las cefaleas que se producen. Además, afecta la vida diaria, el bienestar y el funcionamiento de los pacientes afectados y se ha encontrado que disminuye la calidad de vida de los pacientes migrañosos, constatándose estados depresivos en muchos de estos pacientes. (24; 26)

En estudios realizados sobre el impacto de esta enfermedad por Stang, en Estados Unidos, se determinó que provoca pérdidas de más de tres millones por la incapacidad que provoca las crisis cada año en pacientes del sexo masculino y en las mujeres 18.8 millones. Mientras que el estimado anual del costo laboral por ausencias de trabajo es entre 5.6 y 12.2 billones de dólares. Otros autores han demostrado afectación de la calidad de vida en el paciente migrañoso. (26)

Diferentes hipótesis con relación a la fisiopatología de la enfermedad se han propuesto. En el paciente migrañoso existe una inestabilidad neurovascular que provoca una respuesta anormal a determinados estímulos, se considera actualmente que existe una interacción entre un mecanismo neurógeno y los vasos sanguíneos del cerebro, la teoría neuronal plantea que existe una onda de depresión cortical propagada, dada ésta por una onda de baja actividad nerviosa, que avanza en el cerebro produciendo cambios vasculares y neuroquímicos que están en relación con el desencadenamiento del aura en la migraña, Moskowitz demostró en sus experimentos con animales, la intervención de la fibras nerviosas trigeminales y los vasos sanguíneos, la actividad de esta fibras de los nervios del plexo perivascular meníngeo, provoca la liberación de neuropéptidos como sustancia P, gen liberador de calcitonina, los cuales producen vasodilatación y aumento de la permeabilidad de estos vasos, ocurre activación de células endoteliales, mastocitos, plaquetas y liberación de serotonina por los granulocitos, todo esto induce a la Inflamación neurogénica, la cual es estéril, ocurriendo una serie de cambios moleculares y celulares. Ha sido importante el descubrimiento de los receptores de la escrotonina, unos localizados en el nervio trigémino y otros en los vasos sanguíneos los cuales también juegan un papel importante en la protogénesis de la migraña. En la vasodilatación están implicado los neuropéptidos, vasodilatadores, la histamina, serotonina y la prostaglandina. La conducción antidrómica de estos impulsos a través de las fibras trigeminales, propaga la respuesta inflamatoria y la conducción ortodrómica del estilo a lo largo de la fibra, transmite la información del dolor al núcleo trigeminal localizado en el tallo y a las

áreas corticales somato sensoriales. (20; 27)

Varias fases en la evolución clínica de la migraña pueden observarse, éstas incluyen: síntomas premonitorios, el aura, la cefalea, síntomas asociados y la resolución. (20; 27; 28)

En el cuadro clínico se tiene en cuenta varios aspectos:

- 1 Frecuencia de presentación.
- 2 Intensidad.
- 3 Duración.
- 4 Desencadenantes.
- 5 Estrés.
- 6 Alteración del ritmo de sueño.
- 7 Ayuno prolongado.
- 8 Actividad física.
- 9 Alimentos y aditivos.
- 10 Alcohol.
- 11 Hormonas.

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. 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. Alrededor de un 50% de pacientes que consultan al especialista por este motivo lo hacen por presentar de 1 a 4 crisis al mes. (20; 27)

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 sólo la intensidad del dolor, como manifestación álgida aislada, sino también los restantes elementos sintomáticos que concurren en la crisis (traqueteo positivo, trastornos vegetativos, trastornos afectivos, etc.) (27). La localización del dolor es con frecuencia hemicraneal. Alcanza esta topografía, en algún momento evolutivo del ataque, entre un 60% y un 80%. Su carácter pulsátil es referido por un elevado porcentaje (83%) de enfermos. (20; 27)

Los episodios de migraña duran, como promedio, entre 4 y 72 horas y en la mayor parte de los casos 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. Se contabilizan dentro del ataque, los períodos de tiempo en que el paciente se halla durmiendo, si al despertar, persiste una cefalea de inicio previo al sueño. (20; 27)

En aquellos casos, en que la persistencia del ataque es muy prolongada, más de tres días, hablamos de status migrañoso. (27)

Una alteración genética, debida a algún defecto biológico en el sistema nervioso central, que se traduce por una disfunción en su fisiología, da lugar a que el migrañoso sea muy vulnerable frente a variados agentes, tanto endógenos como exógenos, los cuales actúan como auténticos elementos gatillo de la presentación de ataques. (27;28)

Los factores precipitantes de la migraña son múltiples y no necesariamente compartidos por todos los pacientes. Incluyen situaciones tanto de tipo físico como biológico o psicológico. Corresponden a situaciones tan diferentes como: cambios hormonales, elementos dietéticos, estímulos sensoriales, rompimiento de ritmos, situaciones de cambio, factores atmosféricos, ayuno prolongado, etc. Cabe citar aquí, la ingesta de alcohol, el uso de nitritos, la menstruación, la insolación prolongada. Su potencial acción desencadenante es elevada, esto significa que,

ante su incidencia, generalmente se produce una crisis y ello suele ocurrir para cada paciente, de forma muy constante a lo largo de su vida. (20; 28)

El estrés incrementa la presencia de crisis, no tan sólo 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. La frecuencia en que reconocen el estrés, como uno de los desencadenantes de crisis varía, según autores, entre un 60% y un 80%. (28)

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. También aparece somnolencia, entre los denominados síntomas premonitorios de la migraña. Existe, además, una relación terapéutica, dado que la mayoría de personas, cuando duermen más o menos de lo que es su hábito, presentan 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 un 35% de migrañosos. (28; 29)

En la infancia, se observa una mayor sensibilidad, en cuanto a la presentación de cefalea con la hipoglucemia. Por este motivo este precipitante se registra con mayor porcentaje en el niño (30%). Incluyendo pacientes de todas las edades, lo reconocen cerca del 15%. (29)

Los principios generales en el tratamiento preventivo consisten en conocer y eliminar aquellos factores de importancia en el desencadenamiento de las crisis, que pueden variar de un paciente a otro. (30;31)

1 Tratamiento preventivo no medicamentoso.

El tratamiento preventivo no medicamentoso está encaminado a prevenir los factores desencadenantes de las crisis de migraña siempre que sea posible,

teniendo en cuenta la individualidad del paciente y el conocimiento por estos de los factores que desencadenan sus crisis a través de programas psicoeducativos. (30;32)

2 Tratamiento preventivo medicamentoso.

El tratamiento medicamentoso preventivo de la migraña es muy variable y son innumerables los estudios que se han realizado con respecto a ello, por lo que resulta difícil hacer alusión a un fármaco en específico. Actualmente se plantea que el sumatriptan ha probado su efectividad en el tratamiento de la migraña pues no aumenta la resistencia periférica total, la presión sanguínea diastólica y además no disminuye la frecuencia ni el gasto cardíaco(33).Otros fármacos utilizados son la ergotamina,metilsergida(reduce la frecuencia de la migraña en más del 50%,pero produce síntomas desagradables en el 30% de los pacientes que la utilizan),pizotifeno(se ha observado que utilizando una dosis de 3mg por día, las mejorías varían entre 40 y 70%),ciproheptadina(produce inhibición de la hormona de crecimiento aproximadamente en el 50% de los pacientes, por lo se debe prescribir con precaución en niños y adolescentes), lizuride(su utilidad fluctúa entre 53 y 61%, dado por los efectos secundarios que provoca), amitriptilina(es un fármaco muy efectivo ya sea sola o en combinación con el propanolol),propanolol(produce mejoría entre un 55 y 81% de los síntomas), corticoesteroides(producen rápida disminución de histamina en la sangre),fenotiazidas(por sus efectos antiemético y antinauseoso).(34-37)

Es por todo lo anteriormente descrito que con la utilización del masaje Tui-Na se podría disminuir el consumo de estos medicamentos por los pacientes evitando así las reacciones adversas que los mismos provocan, a través de este método se logra mejoría clínica total de los pacientes.

3 Tratamiento tradicional.

El tratamiento tradicional está encaminado a lograr la total recuperación del paciente a través de procedimientos no invasivos, por lo cual actualmente son muy utilizados a

nivel mundial e investigaciones recientes nos ofrecen muestras de su efectividad, utilizándolos sobre todo en el tratamiento de la migraña. (38)

Uno de los métodos tradicionales más utilizados es la acupuntura, la cual provoca diversos procesos tales como: conducción de las señales electromagnéticas, activación del sistema natural de los opiáceos, estimulación del hipotálamo y de la glándula pituitaria, cambio en la secreción de los neurotransmisores y las neurohormonas; los cuales inducen una autocuración del cuerpo. Actualmente se ha demostrado a la acupuntura como tratamiento antiemético o posquirúrgico, así como coadyuvante como tratamiento contra el cáncer, y se ha reconocido que su uso en conjunción con las terapias alópatas ayuda a sanar más rápido. (39;40-43) Evidencias científicas exponen su eficacia en el tratamiento de la migraña como se demuestra en:

Linde y Streng llevaron a cabo un estudio donde el 47% de los pacientes que recibieron acupuntura tradicional habían estado libres del trastorno durante al menos 50% del tiempo. (44)

Diener y Kronfeld en un estudio realizado con 179 personas descubrieron que la acupuntura era más eficaz que un placebo utilizado, he igual de eficaz que el Sumatriptan para rechazar los principios de la migraña. (45)

Hui y Lui en los estudios realizados con 160 personas descubrieron que la acupuntura demostró brindar más beneficios en los primeros dos meses e iguales beneficios en 6 meses, en comparación con la Flunarizina que fue el medicamento utilizado. (46)

De este modo podemos constatar que entre los pacientes que se sometieron a la acupuntura real o a la acupuntura placebo el número de 10 al mes con cefalea grave se redujo en más de 2 días, mientras que en el colectivo control solo se redujo en menos de 1 día. (44-46)

Otros tratamientos utilizados son la homeopatía, reflexología, digipuntura y masaje técnico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la migraña. (47)

Desde antes de nuestra era (a.n.e), existen testimonios que demuestran cómo los pobladores de diferentes partes del mundo utilizaban las actividades físicas y otros métodos tradicionales como el masaje, para combatir los efectos de las enfermedades. (3;47)

En la antigua China existían las escuelas médico-gimnásticas, a las que iban los enfermos de todos los confines del imperio para ser tratados mediante el masaje. La acción terapéutica de éste es abordada en el libro del Kong-Fu, escrito hace más de 2500 años. (47)

El masaje es una de las más antiguas y sencillas formas de tratamiento, y una de las terapias más utilizadas por personas seropositivas. Aunque hay diferentes técnicas de masaje, tienden a tratar a la persona como una unidad psicofísica, tratando de corregir bloqueos energéticos, movilizar las zonas aletargadas, corregir dolencias y reactivar la tensión psíquica centrada en una parte del cuerpo. Es una técnica no-verbal de curación y sedación, fundamentalmente emocional y energética, consistente en la manipulación corporal con propósitos rehabilitadores, terapéuticos e higiénicos. (47;48)

El Tui-Na , que se llamaba masaje “Anmo” antes de la dinastía Ming (1368-1644), es un método terapéutico que cuenta con una historia de varios miles de años. Antes del desarrollo innovador de la acupuntura y de la fitoterapia, cuando una persona se encontraba enferma, se masajeaban o golpeaban las zonas del cuerpo con las manos, para aliviar o curar su dolencia. Durante muchos años este método es usado por los chinos. Se dice que Bian, un famoso médico de la antigüedad, salvó al príncipe del reino de Guo del síncope cardíaco con *anmo*; de ello se deduce que en esa época de los reinos combatientes “475 al 221 a.c.”, ya se practicaba con asiduidad. A partir de la dinastía Ming, el método se fue convirtiendo en Tui-Na. Actualmente es una de las trece especialidades de la medicina siendo muy eficaz en el tratamiento de ciertas enfermedades. Hipócrates, el padre de la medicina occidental, ya tenía en mente la cura natural, cuando dijo que la naturaleza es medicina, y la medicina sirve a la naturaleza. (3;47;48)

El masaje terapéutico llamado Tui-Na es una de las antiguas artes curativas de la Medicina Tradicional China junto con la acupuntura, la moxibustión y la medicina herborística. Su traducción significa "empujar y agarrar para controlar", aunque en realidad se utilizan maniobras mucho más variadas que el "empujar y agarrar". Este masaje no sólo actúa sobre los músculos, tendones, articulaciones, sistemas circulatorio y linfático, sino también a un nivel más profundo, influyendo en el flujo de la energía vital (Qi) que recorre nuestro cuerpo a través de los llamados meridianos o canales que transportan esta energía vital (llamada por distintas culturas como *ki*, *prana* o bioelectricidad según Occidente) llevándola a todos los órganos, tejidos y mente. (47-49)

El masaje Tui-Na se incluye dentro de la fisioterapia, pero es una clase de masaje totalmente diferente. Tiene muchas ventajas, amplias indicaciones, buen resultado, es seguro, cómodo y sin efectos secundarios. Esta ciencia médica juega un gran papel en la recuperación, tratamiento, longevidad, preservación de la salud y belleza. Hay 361 puntos de acupuntura y 12 meridianos, los cuales son estimulados por medio de la acupresión con el masaje Tui-Na. El tratamiento presenta dos funciones, mediante las manipulaciones el efecto curativo del Tui Na actúa sobre las zonas afectadas, el efecto directo estimula la circulación sanguínea, rectifica la estructura anormal entre los huesos y tejidos blandos. De otra parte, la acción del masaje influye en las funciones físicas y los estados patológicos de la sangre, médula cerebral, órganos, pensamiento y emoción por una mutua relación entre puntos de acupuntura, meridianos y órganos, produciéndose de este modo una recuperación en todo el cuerpo. (47-49)

Se diseñó un estudio experimental de mediana duración, fase dos, en el período comprendido entre Septiembre del 2009 y Mayo del 2010. La muestra se obtuvo del universo de pacientes que acudieron a la consulta de Neuropediatría (135 pacientes) del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, con edades comprendidas entre 10-15 años e impresión diagnóstica de cefalea migrañosa de causa primaria, con mala respuesta al tratamiento, y se seleccionó de forma aleatoria simple quedando integrada por 70 pacientes, pertenecientes al municipio de Ciego de Ávila. Los niños fueron divididos en dos grupos de 35 pacientes (A y B). Al grupo A se le aplicó tratamiento con masaje Tui-Na craneal más medicamentos habituales y el grupo B mantuvo su terapia medicamentosa. Cada paciente fue evaluado antes (pre-test, Anexo # 6) y después (post-test, Anexo # 8) del tratamiento.

Los pacientes fueron seguidos clínicamente durante los tres meses previos al inicio del tratamiento, por el neuropediatra; y los 35 candidatos a recibir tratamiento con masaje Tui-Na craneal fueron remitidos a la consulta de Medicina Tradicional, del centro provincial de Medicina Natural y Tradicional de Ciego de Ávila, donde fueron valorados por el especialista en la materia el cual le indicó el tratamiento tradicional.

A cada familiar responsable del menor se le entregó una planilla informativa (Anexo # 1) que luego de analizarla y consentir que el menor participara en el estudio, llenó y firmó un acta de conformidad (Anexo # 2) para que se le aplicara el esquema de tratamiento contenido en el protocolo de la investigación.

Cada familiar llevó una historia clínica previa del menor, por tres meses (Anexo # 6) en la cual anotó todas las crisis que presentó en este tiempo, su intensidad, su

duración, el consumo de medicamentos, tiempo de reincorporación a las actividades habituales y días/clases perdidos, de la cual se sacó el promedio de la intensidad, frecuencia y duración de las crisis, el consumo de medicamentos, tiempo de reincorporación a las actividades habituales y días/clases perdidos.

En la primera consulta del menor, previa al tratamiento, a cada familiar se le entregó una planilla orientadora con toda la información necesaria para llenar la historia clínica del paciente durante el tratamiento, en forma de tablas (Anexo # 7), donde anotó la intensidad y la duración de las crisis, el consumo de medicamentos, la reincorporación a las actividades habituales y días/clases perdidos.

El tratamiento se aplicó en el Centro Provincial para el desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural, por la residente de 2do año en MGI, a cargo de la investigación. La terapéutica se realizó 3 veces por semana (Anexo # 4) en la sección de la tarde, y cada paciente recibió el tratamiento sentado cómodamente en una silla con brazos y las manipulaciones se realizaron con la aplicación de aceite mineral en el área a masajear para evitar las quemaduras por fricción.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con impresión diagnóstica de cefalea migrañosa, con mala respuesta al tratamiento.
2. Pacientes con edades comprendidas entre 10-15 años.
3. Pacientes residentes en el municipio Ciego de Ávila.
4. Pacientes cuyos familiares estuvieran de acuerdo en que participaran en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con cefalea migrañosa secundaria.
2. Pacientes con fiebre mayor de 37.5 C.
3. Pacientes epilépticos.

4. Pacientes cardiópatas.
5. Pacientes con retraso mental.

Criterios de salida:

1. Pacientes que deseen abandonar el estudio.
2. Pacientes con empeoramiento significativo de su cuadro clínico.
3. Pacientes en los cuales se presenten complicaciones de cualquier tipo que obliguen a suspender el tratamiento tradicional.
4. Pacientes con tres o más ausencias consecutivas al tratamiento tradicional o con dos ausencias a la consulta evaluativa.

Control semántico:

1. Cefalea Migrañosa: es un trastorno complejo constituido por una variedad de síntomas y trastornos físicos, bastante frecuente en el grupo pediátrico y representa una de las causas de consultas en unidades de emergencias y consultorio externo, ausentismo escolar y molestias significativas para el paciente. La afectación del estado general puede ser tan intensa durante las crisis de migraña que, en ocasiones llegan a ser incapacitantes. Cuando la cefalea viene acompañada de otros síntomas neurológicos o su frecuencia e intensidad son elevadas, pueden resultar muy invalidantes y repercutir negativamente en la calidad de vida del niño y del adolescente. (1;3;23;29)
2. Masaje Tui-Na: es una de las más antiguas y sencillas formas de tratamiento, este masaje no solo actúa sobre los músculos, tendones, articulaciones, sistemas circulatorio y linfático, sino también a un nivel más profundo, influyendo en el flujo de la energía vital (Qi) que recorre nuestro cuerpo a través de los llamados meridianos o canales que transportan esta energía vital (llamada por distintas culturas como *ki*, *prana* o bioelectricidad según Occidente) llevándola a todos los órganos, tejidos y mente. (3;47-49)

Criterios diagnósticos (propios del autor):

La intensidad de las crisis se conceptualizó como:

- 1.- Cefalea intensa generalizada: Cefalea hemicránea, pulsátil, con fotofobia, náuseas y/o vómitos, que requiera de reposo acostado, que invalide al paciente por 180 min. o más y que le impida realizar el 100% de sus actividades habituales.
- 2.- Cefalea de moderada intensidad: Cefalea con fotofobia soportable, con náuseas, sin vómitos, que requiere de reposo relativo e invalida al paciente entre 60 min. y 180 min. y que le impida realizar entre un 25 y 75% de las actividades habituales.
- 3.- Cefalea de intensidad leve: Ausencia de cefalea o al menos una crisis, sin fotofobia, náuseas, ni vómitos, que no requiera reposo ni inactividad y que dure menos de 60 min.

Cada familiar anotó en la historia personal del paciente (Anexo # 7) la categoría (1, 2 ó 3) en que se presente la cefalea teniendo en cuenta los conceptos anteriores.

La cefalea que ocurrió entre la primera consulta y el primer tratamiento no se contabilizó.

Valoración de la frecuencia de las crisis:

En la frecuencia de las crisis se valoró el número de cefalea por cada paciente durante el curso del tratamiento. A cada paciente se le sacó el promedio de crisis por mes, de la historia previa llevada por el familiar durante los tres meses previos al tratamiento. (Anexo # 7)

Se sacó el promedio de crisis durante los tres meses previos y se comparó con el promedio de crisis durante el tratamiento.

Duración de la crisis:

Cada padre o tutor del menor anotó en la historia personal del paciente (Anexo # 7) la duración en minutos de permanencia de las crisis, considerando como terminada la crisis el momento en que el paciente no sintiese cefalea.

Consumo de medicamentos:

Cada familiar anotó en la historia personal de cada paciente (Anexo # 7) el tipo de analgésico ingerido por el paciente y la cantidad, si fuese necesario repetir la dosis o agregar otro.

Reincorporación a sus actividades habituales:

Cada familiar anotó en la historia personal de cada paciente (Anexo # 7) el tiempo que transcurrió entre el inicio de las crisis y su reincorporación a las actividades habituales, aunque continuara teniendo cefalea, siempre que no le impidiera realizar las actividades.

Días/clases perdidos:

El familiar anotó en la historia personal de cada paciente (Anexo # 7) el récord de días/clases perdidos.

Criterios de evolución (propios del autor):

No satisfactorio:

- 1 Todos aquellos pacientes en que la intensidad de la crisis fuera de 1 ó 2.
- 2 Que el promedio de crisis disminuya en menos del 50%.
- 3 Que el tiempo de duración de las crisis disminuya en menos de un 50% respecto al promedio inicial.
- 4 El consumo de analgésicos se reduzca en menos de un 50% respecto al promedio inicial.
- 5 Que el tiempo de reincorporación de sus actividades habituales sea menor al 50% respecto al promedio inicial.
- 6 Que los días/clases perdidos sea menor al 50 % del promedio inicial.

Satisfactorio:

- 1 Todos aquellos pacientes en que la intensidad de la crisis pasara de un valor 1 ó 2 a un 3.
- 2 Que el promedio de crisis disminuya en más de un 50%.

- 3 Que el tiempo de duración de las crisis disminuya en más del 50% respecto al promedio inicial.
- 4 Que el consumo de analgésicos se disminuya en el 50% o más respecto al promedio inicial.
- 5 Que se reincorpore a sus actividades habituales en menos de la mitad del tiempo promedio.
- 6 Que en el promedio de días/clases perdidos, su disminución sea mayor al 50%.

EL ESQUEMA DE MANIPULACIONES DEL MASAJE TUI-NA:

1. Frotación y empuje.
2. Frotación, amasamiento y empuje.
3. Presión y sobamiento en Tai-Yang.
4. Frotación y empuje:
 - En la cara.
 - En el cuello.
5. Tracción del pelo.
6. Golpeteo del cuero cabelludo.
7. Frotación y empuje en el cuero cabelludo.
8. Presión, sobamiento y empuje cervicodorsal.
9. Percusión con la palma de la mano en la región cervicodorsal.

Al final de cada tercera sesión (Anexo # 4) el Neuropediatra, con los datos recogidos por el familiar, llenó la tabla contenida en la historia clínica con los datos promedios de la intensidad, la frecuencia y la duración de las crisis, el consumo de analgésicos, así como la reincorporación a sus actividades habituales y los días/clases perdidos.

Al finalizar el tratamiento el Neuropediatra realizó una valoración final (Anexo # 8) en la cual certificó al paciente con una evolución satisfactoria o no satisfactoria

Se consideró como tratamiento completo cuando el paciente haya recibido 10 o más

sesiones de masaje Tui-Na craneal.

Los resultados se vaciaron en tablas de contingencia y se le aplicó el test de Chi-Cuadrado a las tablas que reunieron los requisitos para ello, con un nivel de significancia $\alpha=0.05$ (95 % de confiabilidad)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

	VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
			ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Intensidad	Cualitativa Nominal Politómica	Cualitativa Nominal Politómica	Análisis de la Intensidad de las Crisis		Promedio, Porcentaje según la Cantidad
Frecuencia	Cuantitativa Continua	Cuantitativa Continua	Análisis de la frecuencia de las crisis		Promedio por Mes.
Duración	Cuantitativa Continua	Cuantitativa Continua	Análisis de la duración de las crisis.		Minutos
Consumo de Medicamentos	Cualitativa Nominal Politómica	Cualitativa Nominal Discreta	Análisis del consumo de medicamentos.		Promedio, Porcentaje según la Cantidad
Reincorporación a actividades habituales	Cuantitativas Continua	Cuantitativa Continua	Análisis del tiempo promedio en minutos de la reincorporación a las actividades habituales.		Cantidad de Tiempo
Días clases perdidos	Cuantitativas Continua	Cuantitativa Continua	Análisis del promedio de días/clases perdidos.		Resultado días/clases
Evolución	Cualitativa Nominal dicotómica	Cualitativa Nominal dicotómica	Evolución de la efectividad del masaje Tui-Na craneal en la cefalea migrañosa, en niños.		Satisfactoria No Satisfactorias

Masaje Tui-Na en el tratamiento de la Cefalea Migrañosa, en niños.

Tabla # 1. Análisis de la intensidad de las crisis.

	Antes								Después							
	1		2		3		Total		1		2		3		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Grupo A	21	60	14	40	--	--	35	100	--	--	8	22,85	27	77,14	35	100
Grupo B	20	57,14	15	42,85	--	--	35	100	6	17,14	9	25,71	20	57,14	35	100

P=0.36

Fuente: Base de datos de la investigación.

Al inicio del tratamiento el 100% de los pacientes tenían una intensidad 1 o 2. en ambos grupos por igual, y luego de aplicados los tratamientos, con el masaje sólo el 22.85% de los casos tuvo una intensidad 2, aunque la mayoría que terminó en este grupo mejoró respecto al inicio, no así en el grupo B en el que el 17.14% continuó en el grupo 1 y 9 en el 2 para un 42.85% entre ambos grupos. Como muestra la tabla # 1.

Tabla # 2. Análisis de la frecuencia de las crisis.

	Frecuencia igual o disminución en menos del 50 %		Disminución de más del 50 %	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	7	20	28	80
Grupo B	11	31,42	24	68,57

La Tabla # 2 muestra la frecuencia de las crisis antes y después del tratamiento y su relación con la disminución de las mismas. En ellas observamos que el 80% de los pacientes con tratamiento tradicional disminuyeron la frecuencia de las crisis en más del 50%, aunque en algunos la intensidad o el consumo de medicamentos hizo que cayeran en el grupo de pacientes con evolución no satisfactoria; solo el 68.57% de los pacientes, en el grupo B, disminuyó la frecuencia de las crisis en más de la mitad respecto al promedio inicial, un 12.43% inferior a lo logrado con el masaje Tui-

Na.

Tabla # 3. Análisis de la duración de las crisis.

	Frecuencia igual o disminución en menos del 50 %		Disminución de más del 50 %	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	6	17,14	29	82,85
Grupo B	13	37,14	22	62,85

La duración promedio de las crisis en los pacientes sometidos a tratamiento con masaje Tui-Na craneal disminuyó en más del 50% en el 82.85% de los niños; y solo 22 pacientes (62.85%) disminuyó en más de la mitad la duración de las crisis respecto al promedio inicial.

Tabla # 4. Análisis del consumo de medicamentos.

	Frecuencia igual o disminución en menos del 50 %		Disminución de más del 50 %	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	5	14,28	30	85,71
Grupo B	11	31,42	24	68,57

El estudio detallado de las tablas anteriores muestra el total de tabletas ingeridas y de ampulas inyectables por pacientes, durante las crisis de cefalea migrañosa, en el período de estudio, En ella se observa que en el 85.71% de los pacientes con tratamiento de masaje disminuyó el consumo en más del 50% y en el grupo de tratamiento con medicamentos 11 pacientes (31.42%) no lograron disminuir en más de la mitad el consumo de los mismos, en los tres meses de tratamiento.

Tabla # 5. Análisis del tiempo promedio en minutos de la reincorporación a

las actividades habituales.

	Frecuencia igual o disminución en menos del 50 %		Disminución de más del 50 %	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	5	14,28	30	85,71
Grupo B	13	37,14	22	62,85

En la Tabla # 5 se da a conocer el tiempo promedio en minutos de la reincorporación de cada paciente a sus actividades habituales y las mismas muestran la disminución en más del 50% en 30 pacientes del grupo A (85.71%), en contraste con los 13 pacientes del grupo B que mantuvieron igual el tiempo promedio de duración de las crisis o disminuyeron en menos del 50% respecto al promedio inicial. Discusión

Tabla # 6. Análisis del promedio de días/clases perdidos.

	Frecuencia igual o disminución en menos del 50 %		Disminución de más del 50 %	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	9	25,71	26	74,28
Grupo B	14	40	21	60

En la tabla anterior se puede ver la cantidad de días clases perdidos por causa de

la cefalea migrañosa en ambos grupos de tratamiento. Aquí se aprecia que en ambos grupos de tratamiento mejoró la relación de días-clases perdidos pero que fue un 14.28% mejor en el grupo tratado con masaje Tui-Na.

Tabla # 7. Evolución de la efectividad del masaje Tui-Na craneal en la cefalea migrañosa, en niños.

	Evaluación			
	No Satisfactoria		Satisfactoria	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	8	22,85	27	77,11
Grupo B	15	42,85	20	57,41

El análisis detallado de la Tabla # 7 indica que a los pacientes que se les aplicó masaje Tui-Na craneal, tuvieron una evolución satisfactoria en un 77.11% del total de pacientes y solamente 8 pacientes (22.85%) presentaron una evolución no satisfactoria al terminar el tratamiento.

Tabla # 8. Nivel de satisfacción de los padres o tutores del menor con el masaje Tui-Na craneal y con sus resultados.

	Evaluación			
	Satisfecho		No Satisfecho	
	Nro	%	Nro	%
Grupo A	32	91,4	3	8,57

El 91.4% de los padres o tutores de los menores mostraron satisfacción con la

técnica tradicional aplicada a los menores, y con los resultados alcanzados, aunque un porcentaje bajo, pero existente, no se mostró satisfecho con los resultados, aunque sí con los profesionales que los atendieron, y este número estuvo relacionado con aquellos niños cuya evolución fue insatisfactoria al final del tratamiento. En ningún caso se presentó reacciones adversas de ningún tipo lo que unido a los resultados anteriores hace de este método una variable útil e inocua para el tratamiento de las cefaleas migrañosas en niños.

CONCLUSIONES

- ✚ El tratamiento de masaje Tui-Na craneal fue efectivo para los niños entre 10-15 años aquejados de cefalea migrañosa.
- ✚ Los pacientes presentaron una disminución gradual en la intensidad, frecuencia y duración de las crisis al final del tratamiento.
- ✚ El consumo de medicamentos disminuyó significativamente en los pacientes que recibieron tratamiento de masaje Tui-Na craneal.
- ✚ Los pacientes manifestaron una mejoría en el tiempo de reincorporación a sus actividades habituales, al igual que en los días/clases perdidos con valores inferiores que al inicio.
- ✚ Difundir el esquema terapéutico aplicado en este Trabajo de terminación de residencia para el tratamiento a pacientes migrañosos, a los Centros de Salud de la Provincia, Áreas Terapéuticas y Consultorios del Médico de la Familia.
- ✚ Impartir cursos de masaje Tui-Na a los profesionales de la Salud con el objetivo de que adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para su puesta en práctica.
- ✚ Realizar estudios de costo-beneficio con mayor número de pacientes para corroborar la veracidad de los resultados encontrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. García J. Las cefaleas: clasificación diagnóstica y tratamiento, un enfoque para el Médico de la Familia. Rev Cubana Medic Genr Integ. 1998;2(4):18-9.
2. García Leal B, Pulido M. Diagnóstico y tratamiento de la migraña. Rev Med Paraguay Cefaleas Infanc [serie en internet]. 2005 [citado 20 ene 2006];25(3):[aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.cefaleas/niños.com>
3. Blasi M, Fejerman N. Cefaleas y migrañas. Rev Med Paraguay Neurol Pediatr [serie en internet]. 2006 [citado 16 mar 2007];18(6):[aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.wondasalud.com>
4. Rodríguez Tudela A. Comportamiento de la cefalea migrañosa, interconsulta de proyección comunitaria [tesis]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2007.
5. Karpman V. Medicina Deportiva. 3ra ed. Ciudad de la Habana: Pueblo Educación; 2006.
6. Van Nghi N. Patogenia y patología energéticas en medicina china. 3ra ed. Madrid: Cabal; 2006.
7. Acevedo C. Jaqueca en el niño [monografía en internet]. Madrid: Asociación Española de pediatría; 2006 [citado 5 may 2007]. Disponible en: <http://www.jaquecaenninos.com.ar/cefalea.htm>
8. Lewis DW, Gozzo L. The other primary headaches in children and adolescent. Pediatr Neurol. 2006;33(5):303-316.
9. Carrizosa M. Migraña en niños y adolescentes. Rev Neurol. 2007;32(4):293-294.
10. Delgado F. La migraña en atención primaria, revisión y

actualización.SEMERGEN.2006;26(8):248-254.

11. Gracia N.Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología.Rev Neurol.2007;25(5):393-396.
12. Palencia R,SinovasM.Epidemiología y manifestaciones clínicas de la migraña.AnEsp Pediatr.2007;98(2):181-183.
13. Artigas J,GrauR,ExclusaF.Prevalencia y características de la cefalea y la migraña en la infancia.Rev Neurol.2006(51):368-371.
14. Cruz Hernández M.Tratado de Pediatría.2ed.Barcelona:Publicaciones Médicas ESPAXS;2001.
15. Valdés Martín S,Gómez Vasallo A,Abreu Suárez G,Alfonso Dávila A,Álvarez Arias C,Báez Martínez J,etal.Temas de Pediatría.2da ed.Ciudad de la Habana:Ciencias Médicas;2006.
16. Martínez Martín R.Cefaleamigrañosa.Respuesta al tratamiento con acupuntura[tesis].Ciego de Ávila:Facultad de Ciencias Médicas´´Dr.JoséAsseff Yara´´;2005.
17. Rodríguez RodríguezB.Cefaleamigrañosa.Respuesta al tratamiento con acupuntura[tesis].Ciego de Ávila:Facultad de Ciencias Médicas´´Dr.JoséAsseff Yara´´;2006.
18. Muñoz Martínez Y.La acupuntura en el tratamiento de la cefalea migrañosa [tesis].Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas ´´Dr.José Asseff Yara´´;2006.
19. Mena de Armas JC. Acupuntura y Migraña [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas ´´Dr.José Asseff Yara´´;2005.
20. Roca GoderichR,Smith Smith V,Paz Presilla E,Losada Gómez J,Serret Rodríguez B,Llanos Sierra N,etal.Temas de Medicina Interna.4ta ed.Ciudad de la Habana:Ciencias Médicas;2005.
21. Álvarez SintésR,Díaz Alonso G,SalasMainegral,Lemus Lago E,Batista

- Moliner R,Álvarez Villanueva R,etal.Temas de Medicina General Integral.1ra ed.Ciudad de la Habana:Ciencias Médicas;2001
- 22.Álvarez SintésR,Hernández Cabrera G,Báster Moro JC,García Núñez R,Louro Bernal I,CéspedesLantiguaL,etal.Temas de Medicina General Integral.3ra ed.Ciudad de la Habana:Ciencias Médicas;2008.
23. García Albea E.Prevalencia de la migraña en los niños y adolescentes[página en internet].Madrid:Cabal;2000[actualizada 4 feb 2006;citado 16 feb 2006].[aprox.6p.].Disponible en:<http://www.medynet.com/migraña4.htm>
24. Cárdenas G,LlanesM.Trastornos psicopatológicos comórbidos de la migraña.Rev Cubana Pediatr.2006;76(4):35-46.
25. RothnerAD.Cefaleasmigrañosas.In:SwaimannKF.Neurología Pediátrica.Madrid:Mosby-Doyma;2006.883-890.
26. Landy SH,Stephen MD.Migraine throughout the life cycle.Treatment though the ages.Headache.2004;62(5):2-8.
27. PalomerosE,AlfonsoS,OrtegaD,SansP.Migraine without aura and migraine disorders in children.Internat Headache Soc.2007;20(4):554-560.
28. PetersD,WoodhamA.Medicina integrada.1ra ed.México:PAX;2007.
29. Castro Gago M.Cefaleas.Rev Española TratamEnfermNeurol niños y adolesc[serie en internet].2007[citado 22abr 2007];2(1):[aprox.10p.].Disponible en:<http://revistapeditria.cl/vol2num1/2.htm>Rothner
30. SirgerHS.CefaleaMigrañosa en niños.Pediat Rev.2004;15(3):89-95.
31. YustaA.Tratamiento de las cefaleas.RevClín Española.2000;200(12):28-46.
32. RoptL,EspinolaM.Profilaxis de la migraña infantil en una serie de 59 casos.Rev Paraguay Pediatr.2008;27(1):12-20.
33. MeltchartD,HagerS.Acupuncture versus placebo versus sumatriptan for early treatment of migraine attacks.J Intern Med.2007;25(3):181-188.

34. Rojas R, Espinola M. Profilaxis de la migraña infantil con ciproheptadina. *Rev Paraguay Pediatr.* 2008; 27(1):68-79.
35. Víctor S, Ryan SW. Medicamentos para prevenir la cefalea migrañosa en los niños. *Rev Neurol.* 2005;23(2):203-21
36. Singh V, Roch E. Diagnóstico y tratamiento de la cefalea en niños. *Rev Pediatr en español.* 2008;20(7):46-61.
37. Silverstein SO. Treatment of headache in primary care practice. *AM J MED.* 2005;2(1): 65-72
38. Lazaeta Acharan M. La medicina natural al alcance de todos. 44ª ed. México: PAX; 2007.
39. Espino I. La acupuntura un tratamiento eficaz para tratar el dolor de cabeza crónico. *Mundosalud* [serie en internet]. 2006 [citado 5 may 2006]; 4(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/html>
40. Kim KS, Koo MS, Jeon JW. Capsicum plaster at the hand acupuncture point reduces postoperative nausea vomiting after abdominal hysterectomy. *Anesth Analg.* 2008;5(9):103-109.
41. Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE. Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura, a comparison with flunarizine. *Headaches.* 2005;855-861.
42. Listcher G, Schwarg G, Hadolt I. Effects of acupuncture on the oxygenation of cerebral tissue. 1ra ed. New York: AMA; 2005.
43. Alecrim AJ, Maciel JA. Acupuncture in migraine prophylaxis. *Cephalalgia.* 2006;26(5):520-529.
44. Linde K, Streng A, Jurgers S. Acupuncture for patients with migraine. 2da ed. New York: AMA; 2006.
45. Diener HC, Kronfeldt K, Bowling G. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine. 3ra ed. New York: Lancet Eurol; 2006

46. Hui KK, Lui J, Makris N, Kennedy DN. Acupuncture modulates the limbic system subcortical gray structures of the human brain. 1ra ed. St Louis: Mosby; 2007.
47. Mckulloch JA. Masaje Práctico de China. Rev Méd española. 2005; 2(1): 121-123.
48. Savitz. MH. Masoterapia de la Medicina Tradicional China. 3ra Ed. Madrid: Cabal; 2005.
49. Kirchberg M. Geschichte und Kritik der Massage und Heilgymnastik. 2da ed. St Louis: Mosby; 2007.

ANEXO # 1

Planilla Informativa.

El dolor de cabeza es una de las afecciones más frecuentes de la humanidad. Su exacta magnitud es difícil de establecer, ya que muchas personas con dolores de cabeza aislados o moderadamente recurrentes no consultan al médico y se auto medican; no obstante, se estima que una persona de cada tres experimenta cefaleas severas en alguna etapa de su vida, ésta ha sido denominada “la dolencia médica más frecuente de nuestros tiempos”.

La migraña puede comenzar a cualquier edad, pero generalmente el ataque inicial aparece durante la adolescencia, este tipo de cefalea es frecuente causa de incapacidad, con considerable impacto en la vida social y escolar del individuo que la sufre, pudiendo provocar un significativo consumo de medicamentos con inasistencias a clases y aislamiento para alivio de sus crisis.

El masaje terapéutico llamado Tui-Na es una de las antiguas artes curativas de la Medicina Tradicional China, este masaje no sólo actúa sobre los músculos, tendones, articulaciones, sistemas circulatorio y linfático, sino también a un nivel más profundo, influyendo en el flujo de la energía vital que recorre nuestro cuerpo. Es seguro, cómodo y sin efectos secundarios, disminuye la intensidad, frecuencia y duración de las crisis, el consumo de medicamentos, la reincorporación a las actividades habituales y días/clases perdidos.

ANEXO # 2

Acta de Conformidad

Yo:

responsable del menor _____, luego
de ser informado por los investigadores

y _____ de las características del estudio, formas
de realización, ventajas terapéuticas, posibles reacciones adversas y posibilidad
de abandonarlo cuando quiera sin explicaciones y sin que influya en la posterior
atención y terapéutica del menor a mi cargo, doy mi consentimiento para que el
niño sea incluido en el estudio.

Fecha: _____

Firma: _____

ANEXO # 3

Facultad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila

Historia Clínica.

Título de la Investigación:

Investigadores:

Nombre y Apellidos del padre (madre) o tutor:

Nombre y Apellidos del menor:

Edad:

Sexo:

Dirección particular:

Cuadro clínico:

	Promedio	1ra Consulta	Cons. Eval. 1	Cons. Eval.2	Cons. Eval.3	Cons. Final
Síntomas						
Intensidad						
Frecuencia						
Duración						
Consumo de medicamentos						
Reincorporación Actividades habituales						
Días / clases perdidos						

Leyenda.

Cons. Eval.

Consulta Evaluadora

ANEXO # 4

Cronograma de atención al paciente.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1ra consulta e indicación del tratamiento.	Tratamiento		Tratamiento		
Tratamiento	Consulta evaluativa 1	Tratamiento		Tratamiento		
Tratamiento	Consulta evaluativa 2	Tratamiento		Tratamiento		
Tratamiento	Consulta evaluativa 3	Tratamiento		Tratamiento		
Tratamiento	Evaluación final					

ANEXO # 5

Planilla de evaluación final emitida por el Tutor

Yo _____ padre o tutor del menor
_____ considero que el menor a mi cargo, participante del
estudio “Aplicación de masaje Tui-Na craneal a niños aquejados de cefalea
migrañosa” ha tenido según mi criterio:

Intensidad: mayor _____ igual _____ menos _____.

Frecuencia: mayor _____ igual _____ menos _____.

Duración: mayor _____ igual _____ menos _____.

Consumo de analgésicos: mayor _____ igual _____ menor _____.

Reincorporación a las actividades habituales: en mayor tiempo _____ en igual
tiempo _____ o en menor tiempo _____.

Días/clases perdidos: más días _____ igual _____ o menos
días _____

Por lo que considero que el resultado terapéutico ha sido:

_____ Satisfactorio.

_____ No satisfactorio.

Fecha: _____

Firma: _____

ANEXO # 6

Historia Clínica previa por tres meses.

Compañero padre o tutor para confeccionar la evaluación de su hijo, lea detenidamente la siguiente información:

La intensidad de las crisis se conceptualizó como:

1.- Cefalea intensa es aquella que está generalizada, hemicránea, pulsátil, con fotofobia, náuseas y vómitos que requirió de reposo acostado e invalida al paciente por 180 min. o más.

Se considera como *intensa*: cefalea generalizada o hemicránea que agobia al paciente y le impide el 100% de las actividades habituales del mismo.

2.- Cefalea de Moderada intensidad con fotofobia soportable, con náuseas, sin vómitos, que requiere de reposo relativo e invalida al paciente entre 60 min y 180 min.

Se considera como *moderada*: cefalea generalizada o hemicránea que impide entre un 25 y 75% de las actividades habituales del paciente.

3.- Cefalea de intensidad leve, ausencia de ésta o al menos una, sin fotofobia, náuseas ni vómitos, que no requiere reposo y que dura menos de 60 min.

Se considera como *leve*: cefalea descrita por el paciente como molestias que no llegan a representar, para él, dolor.

Para una mejor penetración de los resultados con la clasificación que se le dio a la intensidad usted debe marcar (1, 2 ó 3) en cuál de éstas se encuentra su niño, en la tabla de intensidad de las crisis.

Duración de la crisis:

Usted debe expresar el tiempo de la duración del dolor de cabeza en minutos desde el inicio de la crisis hasta concluida la misma considerando como terminada la crisis el momento en que el paciente no sintiera cefalea en la tabla de duración de las crisis.

Consumo de medicamentos:

Usted debe anotar en la historia personal de cada paciente el tipo de analgésico

ingerido por el paciente y la cantidad, si fuese necesario repetir la dosis o agregar otro, para esto es necesario guiarse por la leyenda.

Reincorporación a sus actividades habituales:

Usted debe anotar también el tiempo que medió entre el inicio de las crisis y su incorporación a las actividades habituales, aunque siga presentando cefalea, pero no le impida realizar sus actividades habituales.

Días/clases perdidos:

Usted debe llenar en la tabla de días/clases perdidos el record de días que el menor se ausentó a la escuela, se contabilizará también como día/clase perdido, aunque este se haya incorporado al centro y por cefalea tuvo que abandonarlo.

Se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos:

Hemicránea: se refleja en una zona del cráneo.

Pulsátil: latidos, pulsan

Fotofobia: rechazo a la luz.

Náuseas: deseos de vomitar.

Vómitos: arrojar violentamente por la boca lo contenido en el estómago.

Actividades habituales: aquellas actividades que realiza el menor diariamente como: dormir, comer, jugar, ver televisión, estudiar.

Cuando el menor tenga una crisis evalúelo según las definiciones anteriores y marque según corresponda en la historia clínica del paciente.

Historia Clínica previa por tres meses.

	PRIMER MES							SEGUNDO MES							TERCER MES							Promedio General
INTENSIDAD																						
TIEMPO DE DURACIÓN																						
CONSUMO DE MEDICAMENTOS																						
TIEMPO DE REINCORPORACION A SUS ACTIVIDADES HABITUALES																						
DIAS/CLASES PERDIDOS																						

ANEXO # 7

Planilla de orientación evaluadora para el familiar.

Compañero padre o tutor para confeccionar la evaluación de su hijo, lea detenidamente la siguiente información:

La intensidad de las crisis se conceptualizó como:

1.- Cefalea intensa es aquella que está generalizada, hemicránea, pulsátil, con fotofobia, náuseas y vómitos que requirió de reposo acostado e invalida al paciente por 180 min o más. Se considera como *intensa*: cefalea generalizada o hemicránea que agobia al paciente y le impide el 100% de las actividades habituales del mismo.

2.- Cefalea de Moderada intensidad con fotofobia soportable, con náuseas, sin vómitos, que requiere de reposo relativo e invalida al paciente entre 60 min y 180 min. Se considera como *moderada*: cefalea generalizada o hemicránea que impide entre un 25 y 75% de las actividades habituales del paciente.

3.- Cefalea de intensidad leve, ausencia de ésta o al menos una, sin fotofobia, náuseas ni vómitos, que no requiere reposo y que dura menos de 60 min. Se considera como *leve*: cefalea descrita por el paciente como molestias que no llegan a representar, para él, dolor. Para una mejor penetración de los resultados con la clasificación que se le dio a la intensidad usted debe marcar (1, 2 ó 3) en cuál de éstas se encuentra su niño, en la tabla de intensidad de las crisis.

Vómitos: arrojar violentamente por la boca lo contenido en el estómago.

Actividades habituales: aquellas actividades que realiza el menor diariamente como: dormir, comer, jugar, ver televisión, estudiar.

Cuando el menor tenga una crisis evalúelo según las definiciones anteriores y marque según corresponda en la historia clínica del paciente.

Facultad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Título de la Investigación:

Investigadores:

Nombre y Apellidos del menor:

Historia Clínica sobre Intensidad, Frecuencia y Duración de las Crisis.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
I		^					
D							
I		*1					
D							
I		*2					
D							
I		*3					
D							
I		&					
D							

Leyenda

^ - Primera consulta.

*1 - Consulta evaluadora 1.

*2 - Consulta evaluadora 2.

*3 - Consulta evaluadora 3.

& - Evaluación final.

I - Intensidad.

D- Duración.

Facultad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Título de la Investigación:

Investigadores:

Nombre y Apellidos del menor:

Historia Clínica sobre el Consumo de Medicamentos

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C
X														
Y														
Z														
X														
Y														
Z														
X														
Y														
Z														
X														
Y														
Z														
X														
Y														
Z														

Leyenda

- X- Poner nombre del medicamento y cantidad.
- Y- Otro medicamento asociado al primero.
- Z- Repetición de dosis por no alivio.
- N- Nombre del analgésico.
- C- Cantidad consumida.
- Dip- Dipirona.
- Par- Paracetamol.
- Iny- Inyectable.

Facultad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Título de la Investigación:

Investigadores:

Nombre y Apellidos del menor:

Historia Clínica sobre la reincorporación a las actividades habituales y días/clases perdidos.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Leyenda.

- A- crisis sin actividades habituales.
- B- crisis con actividades habituales.
- C- actividades habituales sin crisis.
- N- no asistencia a clases.
- A²- promedio entre las crisis.
- A-# - tiempo de reincorporación de las actividades habituales.

ANEXO # 8

Valoración final del Neuropediatra.

Yo Dr. _____

luego de evaluar periódicamente al menor _____

con impresión diagnóstica de cefalea migrañosa y sometido a tratamiento con masaje Tui-Na craneal considero que el mismo ha tenido una evolución:

	Antes	Después
Intensidad		
Frecuencia		
Duración		
Consumo de analgésicos		
Reincorporación a actividades habituales		
Días/clases perdidos		

Satisfactoria: _____

No satisfactoria: _____.

Fecha: _____

Firma: _____.