



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
LUIS G. PÁEZ

**CEFALEA POR SOBREUSO DE MEDICAMENTOS Y HOMEOPATÍA:
REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

Luis Fernando Gómez Betancourt

**Fundación Universitaria Luis G Páez
Especialización en Homeopatía Médica
Bogotá, Colombia**

2020

**CEFALEA POR SOBREUSO DE MEDICAMENTOS Y HOMEOPATÍA:
REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

Luis Fernando Gómez Betancourt

**Informe final trabajo de grado para optar por el título de:
Especialista en Medicina Homeopática**

Tutor

Doctora: Susana Gutiérrez

**Fundación Universitaria Luis G Páez
Especialización en Medicina Homeopática
Bogotá, Colombia**

2020

Agradecimientos:

A Dios en primer término por no sólo darme la oportunidad de vivir, sino también por brindarme la inmensa ocasión de una bella existencia

A mis padres por su apoyo incondicional y el amor tan grande que a veces parece inmerecido

A mi esposa por unir su existencia junto a la mía y ayudarme a ser cada día un mejor ser humano

A mi hija por ser mi motor de vida

A mi familia por estar a mi lado siempre apoyándome en mis proyectos y locuras

A mis amigos por regalarme el excelente placer de su compañía

Contenido

1. Introducción	11
2. Estado del arte	16
3. Marco teórico	21
3.1 Cefalea	21
Clasificación de las Cefaleas	21
<i>Cefaleas primarias</i>	22
<i>Cefaleas secundarias</i>	22
Cefalea tipo migraña	23
Cefalea tensional	27
Cefalea crónica diaria	28
Cefalea por sobreuso de medicamentos	28
3.2. Cefalea y homeopatía	36
4. Metodología	44
5. Consideraciones éticas	45
6. Reporte de caso clínico	46
6.1 Historia clínica	46

7. Análisis de resultados	54
7.1 Análisis del caso clínico	54
8. Conclusiones y recomendaciones	65
8.1 Conclusiones:	65
8.2 Recomendaciones	66
9. Bibliografía	67

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados búsqueda bases de datos.....	16
Tabla 2 Terapéutica homeopática medicamento del terreno según Jouanny et al.....	38
Tabla 3 Consulta inicial, Síntomas cuantificables por el paciente	57
Tabla 4 Consulta inicial, Síntomas calificables por el paciente agravaciones	58
Tabla 5 Cita de control número 1, Síntomas cuantificables por el paciente.....	59
Tabla 6 Cita de control número 1, Síntomas calificables por el paciente agravaciones	60
Tabla 7 Cita de control número 2, Síntomas cuantificables por el paciente.....	61
Tabla 8 Cita de control número 2, Síntomas cuantificables por el paciente	62
agravaciones	62
Tabla 9 Cita de control número 3, Síntomas cuantificables por el paciente.....	63
Tabla 10 Cita de control número 3, Síntomas cuantificables por el paciente	64
agravaciones	64

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1 Criterios Diagnósticos de la Migraña con aura tomado de 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de la Cefalea (CIC-IIIβ)	25
Cuadro 2 Criterios Diagnósticos de la Migraña sin aura tomado de 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de la Cefalea (CIC-IIIβ)	26
Cuadro 3 Subtipos de cefaleas por administración o supresión de una sustancia tomado de 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-IIIβ)	31
Cuadro 4 Criterios diagnósticos para cefalea por sobreuso de medicamentos tomado de la Tercera Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-3β)	34
Figura 1 Resultado de la repertorización del paciente con el Software de Radar Opus	53

Lista de abreviaturas

MOH	Medication Overuse Headache
CSM	Cefalea por Sobreuso de Medicamentos
CIC-3B	Clasificación Internacional de Cefaleas Tercera Edición
SIC	Sociedad Internacional de Cefaleas

Resumen

La Cefalea por Sobreuso de Medicamentos afecta entre el 1-2% de la población mundial, y se posiciona como la tercera causa de cefalea en el mundo. Su diagnóstico es frecuente en las clínicas de neurología, pero el desconocimiento existente, incluso por parte del personal médico hace que frecuentemente pase desapercibida. Compromete al paciente en todos los aspectos biopsicosociales e incluso puede llegar, en la gran mayoría de los casos a permear su entorno personal, familiar y laboral. Su tratamiento generalmente consiste en la suspensión de los medicamentos analgésicos, algo que pocas veces se logra por la disponibilidad de estos y su bajo costo. La homeopatía clásica puede convertirse en una alternativa terapéutica exitosa para el manejo de pacientes con Cefalea por Sobreuso de Medicamentos.

Este reporte de caso evidenció la utilidad del abordaje, manejo y tratamiento realizados en un paciente con diagnóstico de Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (CSM), de acuerdo a los lineamientos de la homeopatía clásica, cuya respuesta no había sido satisfactorio con el tratamiento convencional.

Palabras clave: Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, homeopatía clásica, sistema médico complementario, reporte de caso.

Abstract

Overuse Medication Headache affects 1-2% of the world's population, and is positioned as the third leading cause of headache in the world. Its diagnosis is frequent in neurology clinics but the lack of knowledge, even by medical staff, makes it often go unnoticed. It engages the patient in all biopsychosocial aspects and can even, in the vast majority of cases, permeate his personal, family and work environment. Its treatment generally consists in the suspension of analgesic medications, something that is rarely achieved due to their availability and low cost. Classic homeopathy can become a successful therapeutic alternative for the management of patients with headache due to overuse of medications.

This case report evidenced the usefulness of the approach, management and treatment performed in a patient with a diagnosis of Medication Overuse Headache (MOH), according to the guidelines of classical homeopathy, whose response had not been satisfactory with conventional treatment.

Keywords: Medication Overuse Headache, classical homeopathy, complementary medical system, case report.

1. Introducción

Desde el principio de la humanidad los dolores de cabeza han hecho parte de su cotidianidad, numerosas citas se han encontrado a lo largo de la historia, pero una de las más antiguas podría, sin duda, ser la contenida en el papiro de Ebers, de más de 3500 años de antigüedad, cuando el autor describe su crisis dolorosas, “Oh vasos de mi sien que pulsáis en mi cabeza...No me apetece nada comer, estoy enfermo de la cabeza, estoy enfermo del cuerpo...”(Hallmann-Mikołajczak 2004).

Podría decirse que más de la mitad de la población mundial adulta, ha sufrido un episodio de dolor de cabeza en su vida. Algunos autores consideran que casi toda las personas han padecido al menos un dolor de cabeza en su vida, estimando además una prevalencia en la población general entre el 1 al 2%, llegando a aumentar muy por encima del 11% en personas que padecen cefaleas crónicas de periodicidad diaria (Loreto 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Diener et al. 2016).

Hasta el año de 1988, no existía una clasificación satisfactoria en cuanto al diagnóstico, ni mucho menos en cuanto a las necesidades de la investigación clínica. Para este año la Sociedad Internacional de Cefaleas (SIC), propone un sistema de clasificación que permite agrupar la mayoría de los dolores de cabeza considerando dos grupos o categorías principales: las cefaleas primarias, en donde el dolor es el síntoma principal y no está haciendo parte de otro padecimiento y, las cefaleas secundarias, en donde el dolor puede ser atribuido a otra enfermedad siendo un síntoma secundario claramente atribuible a otra causa (Figuerola 2014).

La tercera Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas de 2013 (CIC-3B), clasifica a la Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, como una cefalea secundaria, al considerarla como causada por el uso de una sustancia o su abstinencia. Para su diagnóstico debe asociarse al uso de analgésicos de manera excesiva que busquen aliviar el dolor de cabeza, en aquellos pacientes con un trastorno de cefalea previamente existente que ocurre durante 15 o más días al mes por un espacio de tiempo mayor a tres meses (Diener et al. 2016; Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014).

Ante la no consecución de estrategias de alivio con los sistemas médicos tradicionales y los fármacos alopáticos, la necesidad de obtener el remedio a sus dolencias direcciona a los pacientes en la búsqueda de medicinas complementarias como es el caso de la homeopatía, la cual se ha mostrado como beneficiosa, para el manejo del dolor de cabeza (Becker-Witt et al. 2004; Long, Huntley y Ernst 2001).

Las personas que sufren de Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, con frecuencia sufren de comorbilidades como síndrome mixto de ansiedad y depresión, lo que les hace en gran medida dependientes de otras personas de su entorno familiar-laboral. En su afán de buscar alivio, finalmente terminan por desarrollar tolerancia a los analgésicos o lo que es peor, llegan a perder el control sobre el uso de los mismos (Fischer y Jan 2020).

La gran mayoría de las cefaleas, no están asociadas a daños de tipo orgánico y son manejadas con analgésicos de venta libre, los cuales, después de un sobreuso frecuente y excesivo, terminan por ocasionar un efecto paradójico al perpetuar la condición dolorosa empeorando los síntomas y haciendo que estos se vuelvan crónicos, dando lugar a la aparición de una nueva forma de cefalea llamada Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (Medication Overuse Headache MOH, por sus siglas en inglés) (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018).

En la actualidad, la Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (CSM) se ha convertido en una situación desesperanzadora para los pacientes quienes no logran encontrar alivio a sus dolencias a pesar de seguir los tratamientos y recomendaciones médicas al pie de la letra en un gran número de casos (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Fischer y Jan 2020).

El dolor de cabeza o cefalea, es un síntoma que se constituye como el principal motivo de consulta a la especialidad de neurología y la causa de consulta neurológica más frecuente a los médicos generales en atención primaria, afectando a más del 90% de la población, que al ser interrogada refiere haber tenido al menos un episodio de cefalea en el último año (Abad et al. 2011).

Las cefaleas primarias, son entendidas como aquellos dolores de cabeza que no están asociados a una causa orgánica específica y representan el 90 a 95% de todas las cefaleas (Zubirán 2017). Para el tratamiento de las cefaleas primarias, los abordajes tradicionales alopáticos, suelen utilizar analgésicos que pueden ser fácilmente adquiridos por los pacientes sin una prescripción médica, hecho que motiva la posibilidad de que se abuse de este grupo farmacológico, dando lugar a la aparición de la llamada Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (CSM), situación que puede resultar paradójica no sólo ante los ojos del paciente sino también, ante la mayoría de los médicos que atienden a estos pacientes (Aleksenko y Sánchez-Manso 2019).

Los pacientes que padecen este tipo de cefaleas no sólo sufren síntomas físicos, sino que también frecuentemente pueden presentar alteraciones del estado de ánimo como depresión y un sinnúmero de síntomas asociados que empeoran su calidad de vida.

Cuando se aborda el manejo de un paciente con dolor de cabeza, en la gran mayoría de los casos, se omiten muchos síntomas que no parecen estar relacionados con el dolor pero forman parte de la realidad biopsicosocial de estos individuos, que amerita ser tomada en cuenta. La omisión

del cuadro clínico completo, por el que consultan los pacientes, conduce a caer en el error tradicional del abordaje fragmentado por parte del médico, lo que motiva al paciente que padece cefaleas a buscar solución en las diferentes especialidades médicas sin poder hallar alivio generando múltiples consultas infructuosas con el consecuente sobreuso de medicamentos prescritos que termina por empeorar la situación además de aumentar los gastos que genera este paciente al sistema de salud de la nación. La esfera mental del paciente termina casi excluida o minimizada por la gran mayoría de médicos, impidiendo que el tratamiento se instaure con base en el origen del cuadro clínico.

La homeopatía clásica, como sistema médico, procura realizar una aproximación detallada de la condición clínica del paciente, brindando la posibilidad de contemplar de manera minuciosa, no sólo su sentir físico, sino que también, valora en especial medida, los síntomas mentales referidos por éste, otorgando de esta manera la oportunidad de construir una totalidad sintomática individual que no suelen tener otros sistemas médicos. Lo anterior se traduce en la escogencia de un medicamento homeopático único, que responderá a las necesidades de alivio requeridas por el paciente con base en su individualidad.

Con la realización del presente reporte de caso se busca conocer la literatura existente con respecto al manejo de la Cefalea por Sobreuso de Medicamentos y posteriormente analizar el impacto del manejo terapéutico de la homeopatía clásica en un paciente cuyo cuadro clínico se ajusta a dicho diagnóstico, situación que servirá para enriquecer el proceso académico de otros estudiantes y homeópatas y constituirse como punto de partida para investigaciones posteriores. La Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (CSM) es una patología con alta prevalencia a nivel mundial y que afecta a todos los países del orbe (Takeshima 2010).

Los dolores de cabeza se constituyen como una de las principales causas de consulta a nivel mundial y la cefalea por sobreuso de medicamentos está ganando terreno en la medida en la que los pacientes pueden acceder más fácilmente a los medicamentos sin prescripción médica. Con una prevalencia del 1 a 2% en la población mundial y entre el 11 y el 70% de los pacientes con dolor de cabeza (Vandenbussche et al. 2018; Diener et al. 2016; Micieli y Robblee 2018).

Algunos autores consideran que no todas las cefaleas atribuidas al uso de medicamentos analgésicos realmente correspondan a la clasificación de Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, arguyendo que no todos los pacientes en quienes se modifica el uso de analgésicos, se benefician de esta medida, agregando además que no existe una explicación satisfactoria frente a la etiología y la fisiopatología de este padecimiento (Scher, Rizzoli y Loder 2017).

Previa información detallada al paciente sobre la publicación de su historia clínica para la realización de este reporte de caso y la consignación de su firma dando la aprobación mediante el diligenciamiento del consentimiento informado, se procedió a la realización de la descripción del cuadro clínico del consultante y de igual manera los pormenores de la construcción de la totalidad sintomática característica de su caso, que permitió la escogencia del medicamento homeopático que se describirá posteriormente. Cabe anotar que los medicamentos alopáticos no fueron suspendidos, ni se agregaron nuevos, para que de esta manera los cambios obtenidos no fuesen modificados por la alopátia.

2. Estado del arte

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, BVS MTCI Américas, Scielo y Cochrane. La BVS MTCI Américas incluye resultados de las bases de datos Medline, Wholis, Homeoindex, MOSAICO, entre otras. Se usaron los términos MeSH y DeCS: headache, migraine, cefalea, analgesic overuse headache, homeopatía y homeopathy para la búsqueda de datos.

Tabla 1. Resultados búsqueda bases de datos

Base de datos	Palabra Clave	Resultados	Relevantes para el tema de estudio (algunos artículos aparecen en varias bases de datos)
Pubmed-Medline	Headache AND homeopathy	58	20
	Migraine AND homeopathy	37	9
	cefalea AND homeopatía	0	0
	analgesic overuse headache AND homeopathy	2	1
BVS MTCI Américas (Homeoindex-MOSAICO)	Headache AND homeopathy	118	32
	Migraine AND homeopathy	56	9
	cefalea AND homeopatía	115	31
	analgesic overuse headache AND homeopathy	0	0
Scielo	Headache AND homeopathy	2	0
	Migraine AND homeopathy	1	0
	cefalea AND homeopatía	1	0
	analgesic overuse headache AND homeopathy	0	0
Cochrane	Headache AND homeopathy	29	6
	Migraine AND homeopathy	11	9 (*)

	cefalea AND homeopatía	0	0
	analgesic overuse headache AND homeopathy	0	0
(*) Algunos artículos encontrados en la biblioteca Cochrane, al igual que algunos de los resultados en la BVS MTCI ya habían sido encontrados en Pubmed/Medline.			

Siendo la cefalea uno de los trastornos de mayor prevalencia a nivel mundial, y siendo la homeopatía un sistema médico que se practica en un número importante de países, como manejo complementario para diferentes situaciones de salud, se encuentra que, en las bases de datos disponibles en internet, hay un número relevante de estudios que exploran el tratamiento de la cefalea con homeopatía (Frass et al. 2012; Owen, Jonice M. y Green 2004).

La homeopatía busca individualizar al paciente mediante la búsqueda de todos los síntomas que este presenta, sus antecedentes personales y familiares, la historia de su vida y el entorno en el que habita, para encontrar el remedio homeopático, el cual será, el que en la experimentación pura ha producido los mismos síntomas que definen el cuadro clínico del enfermo. Aunque la toma del caso busca individualizar el tratamiento, sin embargo, se puede hacer investigación de la efectividad del tratamiento homeopático para patologías específicas. En las bases de datos se encuentran desde el estudio de algunos medicamentos homeopáticos, y el análisis desde bases científicas como es el caso del *Gelsemium sempervirens*, a estudios doble ciego randomizados de intervenciones con homeopatía, incluyendo estudios prospectivos, estudios longitudinales, estudios en pediatría y reportes de casos. (De Groot et al. 2011; Schetzek et al. 2013; Owen, Jonice M y Green 2004; Fundacion Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez. 2014; Danno et al. 2013; Marzotto et al. 2014; Witt, Lüdtke y Willich 2010)

Se encuentran algunas revisiones sistemáticas de cefalea manejada con homeopatía, por ejemplo la realizada en 1997 por Whitmarsh TE, daba cuenta de que no había suficiente evidencia científica del tratamiento con homeopatía para la cefalea, por lo cual no podían recomendarla hasta que no hubiese más publicaciones (Vernon, McDermaid y Hagino 1999).

Posteriormente en 2004, Owen et al, realizan una revisión sistemática de la literatura del tratamiento con homeopatía de la cefalea, encontrando que solo 6 artículos cumplían con los criterios de inclusión del estudio, 3 de ellos estudiaban las migrañas, 2 de los cuales estudiaban el tratamiento de cefaleas tensionales y secundarias de tipo cervical. Un estudio incluía todo tipo de cefaleas. Cuatro de los estudios fueron ensayos clínicos randomizados, y dos fueron estudios observacionales prospectivos. La homeopatía mostró ser superior al placebo, en los estudios prospectivos, se demuestra la mejoría de los pacientes que recibieron tratamiento homeopático. Sin embargo, en los resultados encuentran que muchas de las publicaciones encontradas tienen debilidades metodológicas, por lo cual no pueden ser tenidas en cuenta en el estudio (Owen, Jonice M. y Green 2004).

En el 2000 y 2001, Walach et al, realizaron el seguimiento de tratamientos con homeopatía para pacientes con cuadro de cefalea, la metodología fue un estudio doble ciego, randomizado, en los resultados comparan la efectividad del tratamiento homeopático un año después de la intervención, encontrando que un año posterior al tratamiento los pacientes mantienen los resultados terapéuticos, por lo cual no consideran la necesidad de extender los tratamientos (Walach et al. 2001; 2000).

En el estudio realizado por Witt et al, en 2008 se presentaron los resultados de un estudio prospectivo multicéntrico, realizado en 103 puestos de atención primaria en Alemania y Suiza. Del

total de 3709 pacientes que fueron estudiados, el 73% de los pacientes contribuyeron con datos de seguimiento durante los 8 años del estudio. Los motivos de consulta más frecuentes fueron rinitis y dolor de cabeza. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes que buscan tratamiento homeopático para sus dolencias, específicamente para cefalea, tienen una mejoría considerable, y los efectos persisten a lo largo del tiempo.(Witt, Lüdtke y Willich 2010; Witt et al. 2008)

En el 2014, Dalla Libera et al, realizaron un estudio para identificar el uso de medicinas y terapias complementarias como manejo de patologías crónicas y de dolor en la población pediátrica, en particular la cefalea, en una cohorte de pacientes de Italia. Encontrando que al igual que los estudios previos realizados en Europa y EEUU, el uso de medicinas complementarias en pediatría, va en aumento. Se encontró que el 47% de los pacientes habían consultado y recibido tratamiento con homeopatía para manejo de cefalea. En el estudio se concluye, que es necesario que los médicos neurólogos y pediatras amplíen su conocimiento de la homeopatía y otras medicinas complementarias, interactuando y coordinando la atención con los profesionales de salud expertos en el tema, para poder ofrecer manejos integrativos y complementarios (Dalla Libera et al. 2014).

En el 2006, Favier Torres et al, publicaron reportes de casos de pacientes tratados con homeopatía con dosis únicas del medicamento homeopático, encontrando mejoría a los 30 minutos de la administración, sin necesidad de nuevas dosis para sostener el efecto terapéutico (Favier Torres et al. 2006).

Straumsheim et al, realizaron un estudio doble ciego, randomizado, con grupo control y placebo en 68 pacientes, a los cuales se les hizo seguimiento un mes antes del inicio del estudio, y 4 meses de intervención con tratamiento homeopático para la prevención de los ataques de migraña y el manejo de los síntomas. Inicialmente los primeros resultados no encontraban diferencia

significativamente estadística entre el grupo placebo y el grupo que recibió el tratamiento homeopático, sin embargo, un posterior análisis de resultados encontró diferencia significativa a favor de la homeopatía. El estudio concluye que con una mejoría de la metodología del ensayo, se podrían mostrar más resultados de la efectividad del tratamiento con homeopatía (Straumsheim et al. 2000).

En 2013, Santos realizó una revisión bibliográfica de medicamentos homeopáticos más comunes para el manejo de la cefalea, encontrado que los más utilizados para el tratamiento homeopático de la migraña son: *Gelsemium sempervirens*, *Belladonna*, *Sanguinaria*, *Iris versicolor*, *Natrum muriaticum*, *Ignatia amara*, *Sepia succus*, *Spigelia anthelmica*, *Chamomilla* e *Argentum nitricum* (Santos 2013).

Se concluye que actualmente existen publicaciones donde se estudia la efectividad del tratamiento homeopático en la cefalea en general, migraña, cefalea en pediatría, cefalea tensional, cefalea secundaria, no encontrándose estudios publicados en revistas indexadas que sean específicos para Cefalea por Sobreuso de Medicamentos CSM tratada con homeopatía. Se observa que las publicaciones en el tema van en aumento, sin embargo, aún no hay suficiente evidencia publicada en comparación con la literatura que soporta el manejo alopático de la cefalea. Por lo cual es necesario continuar publicando, y mejorar la metodología e investigación y los diseños metodológicos de los estudios. Este reporte de caso contribuirá a aumentar el conocimiento específico en la terapéutica de la homeopatía (Vas MD 2011; Gaus y Hogel 1995; Rison, Kidd y Koch 2013; Whitmarsh 1997; Ernst 1999; Ortiz Caranguay 2016).

3. Marco teórico

3.1 Cefalea

La cefalea es uno de los trastornos neurológicos más comunes a nivel mundial, constituyéndose como un motivo de consulta muy frecuente. Para el año 2018 en España una de cada cuatro consultas neurológicas presentaba este cuadro clínico (Pascual 2019). Aunque la cefalea es definida como una sensación dolorosa en la bóveda craneal desde la región frontal hasta el occipital, también incluye dolores faciales y cervicales (Kristoffersen y Lundqvist 2014; Vandebussche et al. 2018; Loreto 2014).

Las manifestaciones clínicas pueden presentarse de forma intermitente a manera de crisis recurrentes hasta llegar a cronicidad. La cefalea crónica está definida como el dolor de cabeza que persiste por al menos 15 días o más durante un mes (Kristoffersen y Lundqvist 2014; Vandebussche et al. 2018). Su alta prevalencia, la discapacidad asociada y su alto costo, tanto para el individuo como para la sociedad y el sistema de salud, las convierten en un problema de salud pública importante. Por tal motivo, se hace necesario que el médico general y el especialista cuenten con el conocimiento adecuado que le permita realizar un diagnóstico oportuno y un manejo exitoso de dicha patología (Pascual 2019; Kristoffersen y Lundqvist 2014).

Clasificación de las Cefaleas.

Según la 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-IIIβ) publicada en el 2013 por la Sociedad Internacional de Cefalea -*The International Headache Society (IHS)*, existen más 14 tipos de cefaleas con subtipos específicos que crean una clasificación de más de 200 ítems diferentes de cefaleas o neuralgias faciales (Sociedad Internacional de

Cefaleas 2013). Sin embargo, en la clasificación básica de las cefaleas se subdividen en primarias y secundarias (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Pascual 2019).

Cefaleas primarias.

Las cefaleas primarias se presentan en el 90% de los casos. En ella el diagnóstico es netamente clínico ya que el examen físico y estudios paraclínicos son normales. Por lo tanto, son consideradas como trastornos idiopáticos sin causa conocida (Pascual 2019; Kristoffersen y Lundqvist 2014). Entre ellas se incluye las cefaleas migrañosas, las cefaleas tensionales, las cefaleas trigémino-autónomicas, las cefaleas por esfuerzo físico, por actividad sexual entre otras (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013).

Cefaleas secundarias.

Las cefaleas secundarias son dolores de cabeza causados por factores externos u otras enfermedades. Es decir, tienen una causa de base definida que incluye desde procesos intracraneales (tumores, malformaciones vasculares craneales o cervicales), cuadros infecciosos sistémicos, trastornos de la homeostasis o metabólicos, consumo de sustancias o supresión de las mismas, y postraumáticas (Loreto 2014; Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Pascual 2019). Este tipo de cefalea se presenta en menos del 10% de los casos (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Kristoffersen y Lundqvist 2014).

Cefalea tipo migraña.

La migraña es la cefalea primaria más frecuente y representa cerca de 2/3 de las consultas neurológicas a nivel mundial. Es más frecuente en mujeres en una relación de 2-3:1 frente a los hombres (Pascual 2019; González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018; Loreto 2014; Figuerola 2014). Cabe resaltar que más del 80% de los pacientes que tienen este diagnóstico sufren de algún grado de incapacidad durante las crisis (cada episodio) teniendo un impacto negativo en su calidad de vida y generando altos costos para el sistema de salud y para la sociedad (González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018; Pascual 2019; Loreto 2014; Figuerola 2014). En especial si se trata de la migraña crónica cuya prevalencia es del 2-5% en la población general, de los cuales el 15-50% de los casos son por abuso del consumo de la medicación abortiva de las crisis (Figuerola 2014; González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018).

En la etiología de la migraña el componente hereditario se presenta en más del 50% y en los últimos años se ha relacionado con una disfunción de la bomba sodio-potasio, catalogándose así como una canalopatía (Figuerola 2014). Adicionalmente, se reconocen factores ambientales que intervienen de una u otra forma en su fisiopatología, entre ellos se destaca el estrés, la ansiedad, los cambios en el patrón de sueño, los periodos de ayuno, el ciclo hormonal, el consumo de tabaco o de estimulantes (alcohol, vino) y algunas comidas (chocolate, café), catalogados finalmente como factores desencadenantes (Gil Campoy et al. 2012; Loreto 2014).

En relación con su sintomatología el dolor es moderado -grave, de carácter pulsátil, y de localización hemicraneana, asociado a náuseas, vomito, intolerancia al movimiento, fotofobia, osmofobia o sonofobia. Los episodios de crisis pueden durar entre 4 a 72 horas (Loreto 2014; Figuerola 2014; Pascual 2019; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018). Se

pueden presentar varias crisis a la semana, al mes o al año. Sin embargo, entre ellas el paciente se encuentra asintomático (Figuerola 2014; Loreto 2014).

Las crisis migrañosas se describen en tres fases: pródromos, aura y cefalea, y síntomas asociados. Mientras que los pródromos preceden a la cefalea, el aura son los síntomas transitorios focales (síntomas visuales positivos o parestesias) que presenta el individuo inmediatamente antes del dolor o al mismo tiempo de su aparición (Figuerola 2014; Pascual 2019). No obstante, la forma más frecuente es la migraña sin aura, ya que solo un tercio de los pacientes presentan esta sintomatología (Pascual 2019).

Cabe resaltar que la migraña es considerada una enfermedad de evolución crónica que generalmente inicia en la edad temprana de la vida (niñez o adolescencia) con manifestaciones episódicas, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos claramente definidos y descritos en la 3ª edición beta de la Clasificación Internacional la Cefalea (CIC-IIIβ) (ver Cuadro 1 y 2) (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013).

Cuadro 1 Criterios Diagnósticos de la Migraña con aura tomado de 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de la Cefalea (CIC-IIIβ)

Criterios diagnósticos de la migraña con aura:

- A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.
- B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:
 - 1. Visuales.
 - 2. Sensitivos.
 - 3. De habla o del lenguaje.
 - 4. Motores.
 - 5. Troncoencefálicos.
 - 6. Retinianos.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período ≥ 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
 - 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos.
 - 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
 - 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

***Cuadro 2 Criterios Diagnósticos de la Migraña sin aura tomado de 3ª edición beta de la
Clasificación Internacional de la Cefalea (CIC-IIIβ)***

Criterios diagnósticos de la migraña sin aura:

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas (no tratados o tratados sin éxito).
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características.
 - 1. Localización unilateral
 - 2. Carácter pulsátil
 - 3. Dolor de intensidad moderada-severa
 - 4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (por ejemplo, andar o subir escaleras)
- D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea.
 - 1. Náuseas y/o vómitos
 - 2. Fotofobia y fonofobia
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico.

En cuanto al tratamiento de la migraña, se recomienda el uso de AINE y/o Trioptanes como fármacos sintomáticos acompañados medicamentos de profilaxis que incluyen el uso de beta bloqueadores, topiramato o de la toxina botulínica tipo A peri craneal (Pascual 2019).

Cefalea tensional.

La cefalea tensional es un síndrome heterogéneo asociado a tensión mental o muscular (Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016). Su prevalencia en el transcurso de la vida oscila entre el 30-78% de la población general a nivel mundial (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Sánchez et al. 2015). En algunos estudios se ha identificado una prevalencia del 80% como en el caso de Europa y un 50-60% en Asia y en América (Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016). Aunque la cefalea tensional es una patología muy frecuente en la población general, su cuadro clínico hace que no sea un motivo de consulta habitual, ya que no genera tanta incapacidad como la cefalea de tipo migrañoso (Loreto 2014; Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016).

La edad promedio de aparición de los síntomas esta entre los 25 y 30 años afectando la edad productiva de los individuos (Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016). Por lo tanto, se ha asociado al estrés psicológico y la tensión mental como factores desencadenantes de este tipo de cefalea (Loreto 2014).

La cefalea tensional se manifiesta como un dolor leve a moderado, holocraneano o bilateral y de carácter opresivo o tipo tensión, sin agravación por las actividades habituales o el esfuerzo físico, y sin síntomas concomitantes. Generalmente tiene una duración entre 30 minutos y 7 días (Loreto 2014; Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016). Al examen físico se puede hallar

sensibilidad miofascial peri craneal con dolor en la región occipital o en el cuello (Sánchez et al. 2015).

En el tratamiento de la cefalea tensional se consideran dos tipos de terapias farmacológicas. Los medicamentos del ataque o de la crisis y el tratamiento farmacológico a largo plazo que deben ir acompañados por medidas no farmacológicas como el incremento de la actividad física, la optimización del manejo del estrés y de las alteraciones del sueño. En los medicamentos de crisis se usan los AINES o el paracetamol, mientras que en la profilaxis se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos o antidepresivos duales (Loreto 2014).

Cefalea crónica diaria.

La cefalea crónica diaria es una condición que afecta cerca del 4-5% de los pacientes valorados inicialmente por cefalea. En este caso, los episodios se presentan durante al menos 15 días o más a lo largo del mes y generalmente tienen características migrañosas o de cefalea por tensión (Rivilla-Marugán et al. 2008). En este tipo de pacientes, con sospecha de cefalea crónica diaria es necesario evaluar el sobreuso de medicamentos (Fischer y Jan 2020).

Cefalea por sobreuso de medicamentos.

La Cefalea por Sobreuso de Medicamentos (CSM) es una cefalea primaria episódica anterior que se ha hecho crónica debido a un aumento del uso de las medicaciones sintomáticas a lo que se suma la resistencia al tratamiento, lo cual lleva a la persistencia y agravación de la sintomatología previa. Es decir, es una cefalea crónica inducida y mantenida por el consumo inapropiado de medicamentos usados durante las crisis dolorosas en donde se produce un

fenómeno de tolerancia y dependencia de los medicamentos sintomáticos. Sus manifestaciones clínicas dependen de la cefalea de fondo del paciente (migrañosa o tensional) y pueden presentarse crisis diarias o casi diarias (Figuerola 2014; Fischer y Jan 2020; Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018). Este tipo de migraña es altamente invalidante y muy agresiva teniendo un impacto negativo en la calidad de vida del paciente genera por ausentismo escolar o laboral, la disminución en la productividad y los altos costos para el mismo, para la sociedad y para el sistema de salud (Pascual 2019; Figuerola 2014; Chen y Wang 2019; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014).

La primera asociación entre el consumo de medicamentos y la cronificación de la cefalea se realizó en 1930 relacionando el uso excesivo de la ergotamina en pacientes con diagnóstico de migraña en quienes a pesar del uso frecuente de la medicación persistía la sintomatología. Dichas observaciones fueron corroboradas y publicadas nuevamente en 1951 por Peters y Horton, quienes además reportaron la mejoría clínica de 52 de sus pacientes con el diagnóstico de cefalea migrañosa que consumían ergotamina luego de su suspensión. Finalmente, en 1970 se describió el sobreuso de barbitúricos y de la codeína como inductores de este tipo de cefalea. En la actualidad, se reconoce que el abuso de cualquier analgésico es un potencial inductor de CSM (Figuerola 2014; Fischer y Jan 2020; Chen y Wang 2019). Por este motivo, se sabe que cualquier persona diagnosticada con una cefalea primaria (migrañosa o tensional) que presenta un uso frecuente de la medicación sintomática está en riesgo de desarrollar una CSM (Fischer y Jan 2020; Vandenbussche et al. 2018).

La “Cefalea inducida por abuso de analgésicos” aparece formalmente en 1998 en la Primera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-I). Luego, con el

reconocimiento de otros fármacos (ergotamina, triptanes, analgésicos, opioides) como inductores de cefalea cambia su denominación a “Cefaleas inducidas por el uso crónico de una sustancia” descrita en la Segunda edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-II) en el 2004 (Figuerola 2014).

En la tercera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-3 β) la CSM se define como aquella “*cefalea que aparece 15 o más días al mes como consecuencia del abuso habitual de la medicación aguda o sintomática contra la cefalea (durante 10, 15 o más días al mes según el fármaco) en un periodo superior a tres meses*”, que suele remitir al suspender el uso de la medicación (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013). En esta clasificación se presentan 8 subtipos en donde se incluye el uso de ergotamina, triptanos, analgésicos como el paracetamol o la aspirina, AINE, opioides o combinaciones (ver Cuadro 3) (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013).

Cuadro 3 Subtipos de cefaleas por administración o supresión de una sustancia tomado de 3ª edición beta de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-IIIβ)

8. CEFALEA POR Administración o supresión de una sustancia

8.2 Cefalea por abuso de medicación sintomática

8.2.1 Cefalea por abuso de ergotamínicos

8.2.2 Cefaleas por abuso de triptanes

8.2.3 Cefalea por abuso de analgésicos simples

8.2.3.1 Cefalea por abuso de paracetamol

8.2.3.2 Cefalea por abuso de ácido acetilsalicílico 8.2.3.3 Cefalea por
abuso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

8.2.4 Cefalea por abuso de opioides SUMARI

8.2.5 Cefalea por abuso de analgésicos combinados

8.2.6 Cefalea atribuida a abuso de múltiples clases de fármacos sin abuso
individual de los mismos

8.2.7 Cefalea atribuida a abuso no comprobado de distintas clases de fármacos

8.2.8 Cefalea atribuida a abuso de otros medicamentos

La CSM es el tercer tipo de cefaleas más frecuente en la población general después de la cefalea migrañosa y de la cefalea tipo tensión. Con una mayor prevalencia en mujeres en una relación 3-4: 1 frente a los hombres y con un pico entre los 40 y 50 años de vida (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Vandenbussche et al. 2018). No obstante la prevalencia disminuye con el aumento de la edad (Kristoffersen y Lundqvist 2014). La CSM afecta a cerca del 1-3% de la población general en Europa, el 0,5%-0,6% en Asia, entre el 0,7% -7,1% en África, el 1,4% en Brasil y el 4,3% en Colombia (Chen y Wang 2019; Figuerola 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Vandenbussche et al. 2018). En Latino América, el proyecto COMOESTAS desarrollado en el 2010 demostró una elevada prevalencia de CSM en las consultas de institutos de alta complejidad neurológica en Buenos Aires (cerca del 70%) y en la Universidad de Santiago de Chile (55%) (Figuerola 2014; González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018). Cabe resaltar que cerca del 80% de los casos de CSM corresponden a una cefalea migrañosa como patología de base (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018).

Aunque los mecanismos fisiopatológicos de la CSM no están totalmente definidos, se reconoce la existencia de un componente genético en un individuo susceptible que finalmente desarrollará alteraciones estructurales y metabólicas (en estructuras centrales encargadas de procesar estímulos nociceptivos y sistemas de neurotransmisores) inducidas por el consumo crónico de medicamentos sintomáticos. En dicha alteraciones se describen un aumento de la excitabilidad de las neuronas de la corteza cerebral, núcleos del rafe, tálamo, corteza somatosensorial y de los sistemas trigeminales, una activación repetitiva de las vías nociceptivas, aumento del volumen de la sustancia gris a nivel peri acueductal, del mesencéfalo, tálamo y el cuerpo estriado; junto con una disminución de la actividad metabólica de las zonas encargadas del

procesamiento del dolor que refuerzan la CSM (Figuerola 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; González Teomiro y Iriundo, Echenagusia 2018; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014; Fischer y Jan 2020; Kristoffersen y Lundqvist 2014). Además, el uso crónico y frecuente de medicamentos sintomáticos conduce a alteraciones en los sistemas serotoninérgicos y endocannabinoides (Kristoffersen y Lundqvist 2014). Cambios reversibles con la suspensión del consumo del medicamento (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018).

El diagnóstico de la CSM es fundamentalmente clínico y al igual que la mayoría de las cefaleas la historia clínica orientada a establecer las características propias de la cefalea de dicho individuo cumple un papel fundamental en el diagnóstico. Por lo tanto, se debe indagar el comienzo de la cefalea, su naturaleza, su localización, su frecuencia, su duración, los factores desencadenantes y atenuantes junto con los síntomas concomitantes (visuales, auditivos o gastrointestinales) (González Teomiro y Iriundo, Echenagusia 2018; Loreto 2014; Figuerola 2014).

En la tercera edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-3 β 8) se presentan los criterios diagnósticos para la CSM. Para poder adjudicar dicho diagnóstico, el paciente debe cumplir con los criterios A, B Y C (ver Cuadro 4) (Sociedad Internacional de Cefaleas 2013; González Teomiro y Iriundo, Echenagusia 2018).

Cuadro 4 Criterios diagnósticos para cefalea por sobreuso de medicamentos tomado de la Tercera Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-3β)

Los criterios diagnósticos para Cefalea por sobreuso de medicamentos:

- A. Cefalea en más de 15 días al mes en un paciente con una historia previa de cefaleas.
- B. Abuso regular durante más de 3 meses de uno o más tipos de medicación que pueden utilizarse para el tratamiento agudo de la cefalea.
- C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Frente al manejo de CSM se han realizado diversas propuestas de tratamiento con grados variables de evidencia. En general, se combinan las estrategias de educación al paciente, con programas de desintoxicación (suspensión y retiro de la medicación sintomática abusada), y terapias profilácticas adecuadas para cada caso (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Kristoffersen y Lundqvist 2014; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014; Figuerola 2014).

Mientras las estrategias de educación al paciente se centran en la creación de conciencia frente a los efectos del sobreuso de la medicación sintomática, la suspensión y retiro de la medicación abusada es un eslabón indispensable en el tratamiento de CSM (Figuerola 2014; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014). Esta suspensión se puede hacer de forma ambulatoria o intrahospitalaria (Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; «Características clínicas y mecanismos de la migraña crónica y cefalea por uso excesivo de medicamentos. - PubMed - NCBI» [sin fecha]; Figuerola 2014).

En los pacientes sin comorbilidades asociadas y que no usan tranquilizantes, barbitúricos u opioides la desintoxicación se puede realizar de forma ambulatoria. A diferencia de los pacientes que usan este tipo de medicamentos, o quienes tienen comorbilidades psiquiátricas (signos de depresión, ansiedad) u orgánicas (deshidratación severa) en cuyo caso, la supresión y el retiro del medicamento se debe hacer de forma intrahospitalaria (Figuerola 2014; Yélamos, Rojo y Villanueva 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018).

Luego de la suspensión del consumo del medicamento se puede presentar síntomas de abstinencia dados por cefalea, náuseas, vómito, taquicardia, hipotensión arterial, trastornos del sueño, ansiedad, inquietud o nerviosismo durante dos a diez días. Cuyo manejo se puede realizar gracias instauración de una “terapia puente” adecuada que incluya el uso de otros medicamentos no abusados anteriormente como AINE, neurolépticos, esteroides y antieméticos con los cuales se previenen o se mitigan estos síntomas (Figuerola 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018; Kristoffersen y Lundqvist 2014).

Finalmente, bien sea con el retiro de la medicación o luego de culminar el proceso de desintoxicación, se debe iniciar profilaxis de forma concomitante. Para ello se recomienda el uso de medicamentos antiepilépticos como el valproato de sodio, topiramato, beta-bloqueadores, toxina botulínica y antidepresivos tricíclicos (Figuerola 2014; Gómez Viquez, Chang Segura y Fernández Morales 2018). A partir de allí, se debe garantizar la vigilancia y el seguimiento del paciente en al menos 3 oportunidades durante los primeros 12 meses después de la desintoxicación ya que en este periodo de tiempo se presentan cerca de 94% de las recaídas. Porcentaje que disminuye al 50% luego de pasados 5 años de la desintoxicación (Figuerola 2014; González Teomiro y Iriondo, Echenagusia 2018).

3.2. Cefalea y homeopatía

La homeopatía es un sistema médico complejo, que fue desarrollado por el Dr. Samuel Hahnemann, en Alemania, a finales del siglo XVIII. El Doctor Samuel Hahnemann (1755 Meissen, Alemania 1843 Paris, Francia) descubrió la homeopatía al tomar, él mismo, la *China officinalis* - usada para el paludismo - encontrando que le produjo los síntomas de esta enfermedad que desaparecieron al suspender dicha toma; Algunos síntomas eran demasiados fuertes y decidió diluir la sustancia con el fin de obtener suavidad en los efectos, descubriendo la preparación propia de la homeopatía que no sólo consiste en la dilución, sino que también incluye la sucesión, a lo que después llamaría “dinamización”.

Bajo la hipótesis de que lo semejante cura lo semejante, desarrolló el método de la experimentación pura, administrándole a personas “sanas” sustancias de origen natural dinamizadas para observar los síntomas que estas producirían en ellos, obteniendo así las patogénesias de los medicamentos que administró a los pacientes que presentaban los síntomas semejantes a los descritos en la patogénesia.

Con el entendimiento vitalista del ser humano, la homeopatía comprende a la salud como el estado de equilibrio en el funcionamiento de la energía vital que mantiene las funciones del organismo en perfecto estado y a la enfermedad como un desequilibrio de la energía vital que se manifiesta por síntomas.

Con el conocimiento anteriormente obtenido, trató pacientes, con medicamentos únicos, cuyas patogénesias eran semejantes a sus síntomas individualizados, comprobó la ley de la semejanza que consiste en que una enfermedad puede ser curada cuando se le administra una sustancia capaz de producir una sintomatología similar, pero de mayor intensidad.

Tras curar los padecimientos agudos, encontró que algunos pacientes regresaban a consulta presentando nuevamente los síntomas que supuestamente habían sido curados, lo que le llevó a plantear la existencia de una enfermedad crónica de base que debía ser tratada para poder obtener la curación definitiva.

Podría entenderse entonces que las enfermedades agudas y sus síntomas, en este caso la cefalea, son la manifestación de una enfermedad crónica de base que una noxa despertó.

La homeopatía, busca abordar al paciente de una manera integral, para ello tiene en cuenta su historia clínica completa. Sus principios son el vitalismo, la ley de la individualidad, la ley de semejanza, las dosis infinitesimales, el remedio único, la experimentación pura y la teoría miasmática (Pirra 2008; Nash 1989a; Fundacion Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez. 2014).

El abordaje terapéutico del paciente consiste en hacer una toma de caso completa, donde se toma la totalidad sintomática del paciente, es decir síntomas tanto físicos, emocionales, mentales, y generales, así como síntomas relacionados con su historia de vida o historia biopatográfica y antecedentes personales y familiares. Posterior a una adecuada toma del caso, y al examen físico y revisión de los exámenes de laboratorio, se procede a hacer un análisis del caso. Se determina cuál es el sufrimiento del paciente, entendiéndolo a partir del análisis de su historia clínica completa y se procede a la organización de los síntomas de mayor relevancia para la realización del proceso de jerarquización de los mismos, y posteriormente, son buscados en el repertorio homeopático, y se hace el proceso de repertorización, donde se encuentran los medicamentos que más coinciden en semejanza con la sintomatología que individualiza al paciente. Finalmente se escoge el medicamento teniendo en cuenta la materia médica, que recoge la patogenesia o los síntomas del medicamento en la experimentación pura del mismo (Nash

1989b; Fundacion Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez. 2014; Pirra 2008; Sanchez-Ortega 1992).

Aunque desde el punto de vista de la individualización del paciente, no se pueden establecer protocolos de tratamiento para la patología cefalea en general, puesto que es necesario hacer una adecuada toma del caso, y tener en cuenta las características propias del cuadro clínico completo de cada individuo. Algunos autores han realizado aproximaciones y propuestas al manejo de los diferentes tipos de cefalea teniendo en cuenta las características sintomáticas de estas y algunos síntomas característicos que las acompañan.

Jouanny et al, proponen en su libro de terapéutica homeopática el manejo de terreno de los pacientes que consultan por cefalea, así como el manejo de las crisis sintomáticas, teniendo en cuenta la modalización de los síntomas. Se presenta un breve resumen de algunas opciones de tratamiento para cefalea según estos autores (Jouanny et al. 2000):

Tabla 2 Terapéutica homeopática medicamento del terreno según Jouanny et al.

Medicamento	Modalidades
SULPHUR	Sensación de ardor en el vértex, en todos los orificios del cuerpo y en la planta de los pies. Mejora con el frío. Cefalea tipo congestivo. Periódicas (a veces días de descanso).
PSORINUM	Periódica. Precedida de bienestar.

	<p>Apetito conservado (hambre excesiva).</p> <p>Mejora con aplicaciones calientes.</p> <p>Puntos negros ante los ojos.</p>
<p>LYCOPODIUM CLAVATUM</p>	<p>Supraorbitaria derecha.</p> <p>Hemianopsia vertical derecha.</p> <p>Aparece al retrasarse la hora de la comida.</p> <p>Apetito conservado.</p>
<p>NUX VOMICA</p>	<p>Se presentar al despertar o por excesos alimentarios.</p> <p>Lengua cargada en su parte posterior.</p> <p>Somnolencia después de las comidas.</p> <p>Estreñimiento espasmódico.</p> <p>Hemorroides.</p>
<p>SEPIA OFFICINALIS</p>	<p>Frontale u occipitale.</p> <p>Hemicránea izquierda.</p> <p>Dispepsia.</p> <p>Estreñimiento.</p> <p>Ptosis viscerales.</p>
<p>KALIUM BICHROMICUM</p>	<p>Supraorbitaria.</p> <p>Precedida de trastornos visuales.</p> <p>Generalmente derecha.</p> <p>Puntiforme.</p> <p>Dolor mejora con la presión.</p> <p>Vómitos filantes, espesos, amarillentos.</p>

	Gastritis que arde (deseo de cerveza).
IRIS VERSICOLOR	Cefalea periódica. Lateralidad indiferente. Aparece en días de descanso. Vómitos abundantes, viscosos a veces exclusivamente ácidos y ardientes. Sensación de ardor en todo el tubo digestivo. A veces vómitos de carácter dulzón y amargo.
VENUS MERCENARIA	Cefalea ubicada en diferentes sitios. Mejora en la oscuridad y en quietud. Durante la cefalea, se siente como "no necesitado".
LAC DEFLORATUM	Dolor en la frente y se irradian a occipucio. Cefalea después de varios días de estreñimiento.
LAC CANINUM:	Dolor cambiante de un lado a otro al comienzo o al final o entre crisis. Acompañada de náuseas o vómitos.

Así mismo, algunos autores han realizado estudios teniendo en cuenta todos los síntomas que, en el repertorio de Kent, o en repertorios electrónicos aparecen, que pueden entrar dentro de los síntomas de cefalea. La tesis realizada por Mónica Ortiz, en 2016, acerca del manejo de cefalea tensional con homeopatía, aporta un listado de medicamentos resultado de la repertorización de 17 síntomas comunes en la cefalea tensional, el cual se presenta a continuación (Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016):

1. Mentales- ansiedad- cefalea con
2. Mentales- trastornos por -anticipación
3. Mentales- irritabilidad cefalea durante la
4. Mentales- tristeza- depresión mental endógeno- cefalea durante la.
5. Mentales- sensible hipersensible dolores a
6. Mentales- sensible hipersensible ruido al – sensibilidad dolorosa al
7. Cabeza- dolor presivo lados ambos lados.
8. Cabeza- dolor mortificación por
9. Cabeza- dolor- cefalea- exdiéndose a cuello
10. Cabeza constricción- tensión banda o aro en general
11. Cabeza- dolor cuero cabelludo dolorido. Cabeza- dolor- presión externa agrava Kent.
12. Cabeza dolor sensación dolorimiento sensible a presión en general.
13. Cabeza- dolor luz en general
14. Cabeza dolor- cefalea- periódica- en general
15. Cabeza dolor cefalea- nervioso por ponerse ver. Ver excitaciones de emociones después de en general.
16. Estómago- nauseas cefalea durante
17. Cabeza- dolor- peinándose.

El producto de la repertorización de estos síntomas da como resultado los siguientes medicamentos (Listado tomado de la tesis Cefalea tensional y homeopatía Monografía, de Monica Ortiz) (Ortiz Caranguay, Sierra y Correa Cruz 2016):

1. *Gelsemium sempervirens*
2. *China officinalis***
3. *Anacardium orientale*
4. *Stannum metallicum*
5. *Spigelia anthelmia* (anthelmintica)
6. *Aconitum napellus***
7. *Kreosotum*
8. *Argentum metallicum*
9. *Lac vaccinum defloratum*
10. *Natrum arsenicatum*
11. *Bovista lycoperdon*
12. *Cruprum metallicum*

De momento en la literatura consultada, no aparecen propuestas específicas para el tratamiento con homeopatía de un cuadro clínico de Cefalea por sobreuso de medicamentos.

Los resultados de estos estudios, y la información que aportan los libros clásicos, así como de algunos autores más modernos, pueden ser usados como referencia o guía en el momento de tratar un paciente con cefalea. Sin embargo, será necesario realizar una adecuada toma de caso, y según los resultados de la repertorización del paciente, hacer una lectura comparada de la materia

médica de los medicamentos de mayor puntuación que permitan escoger el mejor medicamento para hacer el tratamiento.

En el caso particular de la Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, será necesario tener en cuenta otros síntomas característicos del paciente, como se muestra en el análisis del caso clínico.

4. Metodología

Este reporte de caso corresponde a un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y analítico, para el cual se realizó una revisión de literatura indexada y académica existente relacionada con la Cefalea por Sobreuso de Medicamentos y su manejo alopático y homeopático. La exposición del caso clínico detalla los datos obtenidos y consignados en la historia clínica del paciente desde su ingreso hasta la fecha de la última cita de control en la consulta de homeopatía.

El caso fue seleccionado por tratarse de un paciente con diagnóstico confirmado de Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, con pobre respuesta a los tratamientos alopáticos convencionales, quien presentó una buena adherencia al tratamiento propuesto desde la perspectiva homeopática, cumpliendo con todas las citas médicas programadas.

Para la escogencia del medicamento homeopático se tuvieron en cuenta la totalidad de síntomas característicos del orden mental, general y particular expresados por el paciente durante la toma del caso, que luego fueron jerarquizados y repertorizados, obteniendo el medicamento con el cual fue tratado. Durante el desarrollo de las citas de control se realizó el seguimiento a todos y cada uno de ellos, evidenciando y consignado la mejoría obtenida.

5. Consideraciones éticas

- El desarrollo de este reporte de caso está considerado como una investigación con riesgo mínimo, según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993.
- La toma de caso, su abordaje y tratamiento fue realizado por un médico titulado, en formación académica del programa de especialización en medicina homeopática de la Fundación Universitaria Luis G Páez.
- Previa recolección de los datos de la historia clínica, al paciente se le explicó el propósito del estudio, fue informado de manera amplia y suficiente, aclarando sus dudas al respecto y se le solicitó su aprobación a través del diligenciamiento del consentimiento informado, el cual firmó aceptando su participación.
- Se aclaró además al paciente, que no existe ni existirá remuneración económica ni para el paciente, ni para el médico como producto de la realización de este estudio, el cual tiene un propósito meramente académico para el médico y propende por la consecución del alivio del paciente.
- Los datos contenidos en la historia clínica del paciente no serán publicados o utilizados para propósitos diferentes a los explicados al paciente, que son de tipo académico.

6. Reporte de caso clínico

6.1 Historia clínica

La información aportada a continuación hace parte de la historia clínica del paciente, el cual dio su aprobación a través de la firma del consentimiento informado diligenciado previamente.

Los datos más relevantes fueron incluidos en este documento y hacen parte del seguimiento realizado al paciente a través de las diferentes citas médicas acordadas.

Presentación del caso clínico

Agosto de 2019, generalidades del caso clínico

Hombre de 53 años, empleado bancario, esposo y padre, en la actualidad vive en compañía de su esposa, su hijo se casó y vive en la ciudad, mantiene una buena relación con su entorno familiar primario.

Ha trabajado para “el banco” desde ya hace 34 años, donde inició desempeñándose como mensajero y en la actualidad ocupa el cargo de jefe de servicio, un cargo administrativo alto dentro de la estructura organizacional de la empresa.

Se define a sí mismo como una persona responsable y cumplidora del deber, es puntual e incluso madruga para llegar antes de la hora al trabajo, recalca que su trabajo exige mucha atención y responsabilidad, es meticulado y presta atención a los pequeños detalles.

No presenta antecedentes de importancia registrados en su infancia o en la adolescencia, tiempo en el cual su vida aconteció sin cambios significativos o trascendentales según él mismo refiere.

Sus primeros años de trabajo, transcurren sin inconvenientes, pero un día, por un robo que se presentó en el banco, en el que se ve comprometido en una situación de riesgo que amenazó su vida, presenta su primer episodio de dolor de cabeza, afirma de manera recalcada y repetida, que fue el primer episodio de dolor de cabeza y que nunca antes había tenido uno, esto sucede cerca de los 20 años. Desde ese día las situaciones estresantes le desencadenan dolores de cabeza.

Tras sus ascensos de cargo en el banco, el aumento de las responsabilidades y las funciones sumado a su personalidad cumplidora del deber, empieza a notar que su estrés emocional crece. Fecha el inicio de las situaciones laborales estresantes hace unos 25 años, además de ello empieza a manifestar síntomas de dolor cefálico, con irradiación a músculos de la región cervical y dorsal alta, que limitan la movilización de la cabeza, intensidad variable calificada como leve-moderada, con una frecuencia de dos a tres episodios en el mes, todos asociados a momentos de estrés, auto medicado para ese momento con acetaminofén 500 mg, obtiene alivio total en la gran mayoría de los casos.

Posteriormente, sus dolores de cabeza evolucionan con tendencia al empeoramiento haciéndose más intensos y más frecuentes (intensidad moderada y una frecuencia de dos episodios por semana), describe que no es incapacitante pero si muy molesta, no se asociaba a náuseas, vómitos o sonofotofobia, el dolor es punzante y compromete la totalidad de la cabeza. Para ese momento empieza a acudir al servicio médico asignado, donde le realizan el diagnóstico de una cefalea debida a tensión y le prescriben medicamentos de tipo analgésico, con los que se reducen en principio sus crisis.

El dolor al igual que sus responsabilidades, sigue en franco ascenso, según palabras propias del paciente, incrementando la frecuencia y la intensidad de las crisis durante los últimos ocho años. Su dolor de cabeza ya supera la mitad de los días del mes, situación que motiva la visita a

un especialista en neurología, el cual lo diagnostica bajo la condición de Cefalea Crónica Diaria por las características de su cuadro clínico, y la periodicidad de los síntomas; solicita un TAC cerebral de control, cuyo resultado refiere el paciente que sale normal, pero no tiene con él el reporte ni las imágenes.

En consultas posteriores recibe inyecciones de Lidocaína y Betametasona localizadas en músculos del cuello y la base del cráneo, para manejo de la cefalea tensional, con buena respuesta inicial, pero con el tiempo su efecto se hace menos duradero.

Continúa con su cuadro doloroso “aceptado y con resignación” a lo largo del tiempo, en los últimos tres años la situación se ha hecho dramática con crisis dolorosas de intensidad variable; en su afán de obtener alivio empieza con el uso de medicamentos de tipo analgésico (Ibuprofeno, Diclofenaco, Acetaminofén, e incluso ergotamínicos -sin ser acordes con su diagnóstico-) de manera diaria y continua excediendo las quince dosis por mes; consulta a diferentes especialidades sin obtener alivio para su dolor.

Agosto de 2019:

Causa de consulta: Me duele mucho la cabeza.

Resumen de la enfermedad actual:

53 años, masculino. Dolor de cabeza de larga data que desde hace 8 años empieza a aumentar en intensidad y periodicidad haciéndose diario en los últimos 3 años, en donde manifiesta que la situación se ha tornado intratable.

Afirma que la primera vez que presentó el cuadro doloroso sucedió luego de un evento traumático que le generó mucho temor, en donde se vio comprometida su vida.

Al preguntarle por el dolor, describe que puede iniciar a cualquier hora del día y va aumentando de manera gradual, hasta alcanzar su punto de máxima intensidad que puede llegar a alcanzar la puntuación de 10/10.

En cuanto a su localización describe que el dolor empieza en el cuello y luego se extiende a hacia las zonas vecinas de la cabeza, no presenta sonofobia ni fotofobia, en algunas ocasiones se beneficia con el reposo, pero el trabajo físico logra empeorarlo al igual que cuando fuma o recibe alguna mala noticia.

Durante los episodios de dolor puede presentar dolor y limitación al movimiento de los músculos del cuello y se fatiga con facilidad, no hay somnolencia, pero si le pesan los párpados, nota además que durante los episodios de dolor le es más difícil realizar operaciones matemáticas sencillas, concentrarse y por momentos se siente como “atontado”; ha notado que la crisis mejora luego de orinar en abundancia.

El dolor puede tener una frecuencia diaria, que puede sostenerse de manera variable en el tiempo, el paciente no permanece más de cuatro días sin dolor de cabeza, este dolor se agrava cuando trabaja mirando hacia abajo, al fumar y con el clima cálido.

Constantemente se deprime y en esos momentos desea estar solo, insiste en afirmar que le cuesta concentrarse y desarrolla las tareas cotidianas con mucha más demora que lo habitual.

Durante una tormenta, puede empeorar manifestando que no sabe si es por la tormenta o por el miedo que le producen los truenos. La intensidad puede ser variable calificada entre 2-3/10 en episodios de dolor leve y 9-10/10 en episodios críticos.

Durante un episodio de cefalea característico, evidencia cara congestiva y ligeramente caliente con extremidades más frías que el resto del cuerpo.

Revisión de síntomas por sistemas: No manifiesta otra sintomatología adicional.

Antecedentes personales:

Patológicos: Hipertensión arterial, para la cual recibe Hidroclorotiazida 25 mg/día y Losartán 50 mg 2/día. Intolerancia a Carbohidratos: Metformina 850mg/día.

Niega otros antecedentes patológicos de importancia.

Quirúrgicos: Apendicetomía a los 18 años.

Tóxicos: Tabaquismo ocasional, que ha reducido significativamente por empeoramiento de los síntomas dolorosos. Ingesta de alcohol en eventos sociales.

Familiares: Padres hipertensos

Examen físico:

Signos vitales: Frecuencia cardíaca 84 lpm; frecuencia respiratoria 19 rpm. Tensión arterial 130/80 mmHg. Talla 1.72 metros peso 86 kg IMC: 29.1

Hallazgos cefalocaudales:

Cabeza y cuello: Cara congestiva, levemente enrojecida. Dolor leve a la movilización y a la digito-presión de los músculos del cuello, no hay limitación a la realización de los movimientos de la cabeza flexo-extensión y rotación.

Tórax normo expansivo, sin evidencia de ruidos sobre-agregados, auscultación cardiopulmonar sin presencia de ruidos sobre-agregados.

Abdomen blando, depresible, panículo adiposo palpable, sin palpación de masas o visceromegalias, peristaltismo conservado.

Genitourinario no valorado, refiere no presentar alteraciones físicas a este nivel.

Extremidades con movilidad y fuerza conservadas, todos los arcos de movilidad se encuentran presentes, sin dolor a la palpación superficial ni profunda. Pulsos distales conservados,

reflejos ósteo-tendinosos presentes, temperatura distal de las cuatro extremidades notoriamente más baja en relación con la del resto del cuerpo.

Sistema nervioso central: no hay presencia de déficit cognitivo, cálculos, memoria, lenguaje y abstracciones mentales normales.

Diagnóstico clínico: Cefalea por sobreuso de medicamentos

Análisis de la consulta: Clínicamente el diagnóstico del paciente corresponde a una CSM, cumpliendo con los criterios establecidos, (cefalea de más de tres meses, más de 15 días/mes, con uso de más de 15 dosis de analgésico mes). Su cuadro de dolor le obliga a utilizar frecuentemente analgésicos convencionales de venta libre (Ibuprofeno, Acetaminofén) incluso afirma haber consumido ergotamínicos por automedicación, con una frecuencia no menor a 10 días por mes, hay cambios en la esfera mental del paciente producto de su dolor crónico sin alivio

Se escogen los siguientes síntomas como representativos de la totalidad sintomática característica del paciente para repertorizar.

- El cuadro doloroso sucede luego de un evento traumático que le generó mucho temor. (MENTE - TRASTORNO POR - susto).
- Durante la cefalea cuesta concentrarse se siente “atontado”. (MENTE - EMBOTAMIENTO – cabeza-molestias en la cabeza; con).
- Durante los episodios de dolor le cuesta realizar operaciones matemáticas sencillas. (MENTE – MATEMÁTICAS – inepto para las).

- Durante los episodios de dolor prefiere estar solo. (MENTE – COMPAÑÍA – aversión a la).
- Siente miedo de las tormentas eléctricas. (MENTE – MIEDO – tormenta eléctrica; de una).
- Dolor de cabeza después de un susto o malas noticias. (CABEZA – DOLOR – susto – después de).
- La micción profusa mejora las crisis de dolor. (CABEZA – DOLOR – micción profusa – mejora).
- Durante las crisis hay pesadez de los párpados superiores. (OJO – PESADEZ – párpados – superiores).

El resultado de la repertorización con el Software de Radar Opus, sugiere varios medicamentos y entre los más destacados encontramos: Gelsemium sempervirens, Phosphoricum acidum, Silicea y Sulphur.

Se escoge la opción del Gelsemium sempervirens, por corresponder de manera muy adecuada con los síntomas de la totalidad sintomática característica del paciente y que concuerda con la causalidad que es muy clara en este caso clínico y es considerada un síntoma preponderante si es posible obtenerla en la historia clínica completa.

7. Análisis de resultados

7.1 Análisis del caso clínico

La CSM, es una patología de importancia en la población mundial dada su alta prevalencia y todas las implicaciones biopsicosociales que genera a quienes lo padecen y a su círculo inmediato.

El paciente que se presenta en este reporte de caso, presenta una cefalea de larga data que ha ido evolucionando en el tiempo hacia el deterioro e intensificación de sus síntomas, aumentándolos no sólo en frecuencia sino en intensidad y sumando desesperanza y minusvalía a su cuadro, llevándolo incluso a momentos en los que busca el aislamiento apartándose de su círculo familiar y social.

Ha sido tratado por múltiples especialidades de la medicina alopática sin el alivio esperado por el paciente, sólo consiguiendo profundizar el deterioro de su cuadro clínico.

El homeópata, recorre un camino diferente al transitado por las otras especialidades, siendo este la clave del éxito; la homeopatía clásica, reconoce a las enfermedades como la manifestación de un padecimiento crónico de base, con el que se nace, y los eventos existenciales en la vida del enfermo unidos a los errores en los hábitos de vida saludable desencadenan las diferentes manifestaciones, que finalmente se conocen como enfermedades

El uso de medicamentos de tipo analgésico no sólo había demostrado, en éste caso puntual, no ser efectiva sino que además, ahora se había convertido en el desencadenante de una nueva forma de cefalea, la causada por sobreuso de medicamentos CSM.

El consultante, claramente define su evento inicial con mucha precisión al declarar que su primer episodio de cefalea en la vida ocurre luego de un intento de robo en el cual corrió peligro su vida. Su cuadro apareció a raíz de este susto, entonces la causa de éste fue un susto.

Durante su vida, el paciente ha demostrado responsabilidad y compromiso con la institución aparte de cualidades y habilidades intelectuales, las cuales con el empeoramiento de sus síntomas ha visto comprometidas de manera importante, describiendo que se siente “atontado” y que le cuesta realizar cálculos matemáticos simples, algo que es parte de su trabajo habitual y con lo que nunca había tenido problemas.

Otro síntoma que se suma a la totalidad característica es el hecho de querer estar a solas durante las crisis, situación que el paciente describió como de nueva ocurrencia. Aunque presentaba fatiga y cansancio no presentaba sueño, pero afirmaba constantemente pesadez de los párpados, síntoma que se consideró por no estar asociado a somnolencia como la gran mayoría de las personas que presentan CSM.

El hecho de lograr alivio de la crisis dolorosa fue algo que llamó la atención, pues no era un evento fortuito, sino que era repetido a lo largo del tiempo, y durante la toma de caso fue referido especialmente por el paciente, al igual que el hecho de temerle a las tormentas, síntoma que realmente era nuevo para el paciente sin que antes hubiese existido.

Con estos síntomas característicos se realizó la repertorización y la posterior elección del medicamento homeopático adecuado para el paciente (Gelsemium Sempervirens 30 CH).

Entre las generalidades del *Gelsemium sempervirens*; se puede destacar que un medicamento homeopático especialmente utilizado cuando los síntomas empeoran frente a la ansiedad y las emociones fuertes, entre otras características la materia médica describe que el paciente experimenta ansiedad y miedo, empeorando frente a las situaciones inusuales, le acompañan la debilidad a nivel mental, emocional y físico. No le gusta que le molesten y prefiere estar tranquilo.

La aparición de la sintomatología, así como de su instauración es lenta y puede ser ocasionada por un engaño o una conmoción emocional. Presenta pesadez en los párpados y le cuesta mantener los ojos abiertos; las dolencias pueden empeorar con los climas cálidos o bochornosos y las tormentas eléctricas. Describe su cabeza como “embotada” y mejora después de orinar copiosamente.

Se selecciona el *Gelsemium sempervirens* 30 CH a dosis de 5 glóbulos dos veces al día, brindando las recomendaciones de rigor (aumentando la dinamización de medicamento cada dosis siguiente a través de la realización de 10 golpes del frasco contra la palma de la mano, almacenar en condiciones adecuadas, etcétera).

Tras el inicio de la medicación se programaron consultas mensuales, a las cuales asistió puntualmente, en ellas se evaluaba la intensidad de los síntomas; no se modificaron las conductas de manejo alopático del paciente, se sugirió continuar con el tratamiento como lo había venido haciendo, con el fin de que los resultados no se vieran afectados por el cambio de conducta, la adición o sustracción de nuevos medicamentos analgésicos.

Seguimiento mensual

El propósito de cada cita era evaluar la intensidad de los síntomas, la permanencia de estos en el tiempo, su mejoría o su empeoramiento y determinar si se registraba la aparición de nuevos síntomas.

Consulta inicial (Agosto de 2019)

Tabla 3 Consulta inicial, Síntomas cuantificables por el paciente

Consulta inicial, Síntomas cuantificables por el paciente		
Síntoma del paciente	Intensidad	Mejoría
Cefalea	8/10	NE
Dolor cervical	7/10	NE
Fatiga y somnolencia	5/10	NE
Desempeño mental, cálculos y abstracciones	5/10	NE
Pesadez de los párpados	6/10	NE
Sentimientos depresivos y minusvalía	7/10	NE
Aparición de síntomas nuevos	0/10	NE

NE: No evaluable

Observaciones: Se puntúan los síntomas iniciales en una escala de uno a diez en donde el paciente calificó la intensidad de los mismos. Se tomó esta calificación como punto de partida.

Tabla 4 Consulta inicial, Síntomas calificables por el paciente agravaciones

Consulta inicial, Síntomas calificables por el paciente agravaciones			
Síntoma del paciente	Presencia	Mejoría	Agravación
Tolerancia a malas noticias	SI	NE	NE
Alivio con el reposo	Si	NE	NE
Empeoramiento con la actividad física	SI	NE	NE
Reducción de las crisis diarias	SI	NE	NE
Aparición de síntomas nuevos	SI	NE	NE

NE: No evaluable

Observaciones: Se atribuyó a este grupo de síntomas la característica de ser cualitativos, respondiendo si o no frente a la pregunta inicial de si persistían a través del tiempo y si o no frente a pregunta de si presentaban mejoría o no.

Como pregunta final se solicitó al paciente que respondiera el número de días de la semana que presentaba una crisis dolorosa, para el caso de la cita inicial su respuesta fue que presentaba crisis diarias 7 días de la semana

Conducta: Se inicia el medicamento homeopático así como el seguimiento a las variables establecidas.

Cita de control número 1 (Septiembre de 2019)

Tabla 5 Cita de control número 1, Síntomas cuantificables por el paciente

Cita de control número 1, Síntomas cuantificables por el paciente		
Síntoma del paciente	Intensidad	Mejoría
Cefalea	6/10	SI
Dolor cervical	4/10	SI
Fatiga y somnolencia	5/10	NO
Desempeño mental, cálculos y abstracciones	5/10	NO
Pesadez de los párpados	5/10	SI
Sentimientos depresivos y minusvalía	6/10	SI
Aparición de síntomas nuevos	0/10	NO

NE: No evaluable

Observaciones: Refiere haber presentado mejoría frente a la intensidad del dolor de cabeza y del dolor cervical, persisten en igual intensidad la fatiga y la somnolencia, al igual que persiste la dificultad para la realización de cálculos mentales y abstracciones. La pesadez de los párpados y los sentimientos de depresión y minusvalía también reducen su intensidad
No hay aparición de síntomas nuevos.

Tabla 6 Cita de control número 1, Síntomas calificables por el paciente agravaciones

Cita de control número 1, Síntomas calificables por el paciente agravaciones			
Síntoma del paciente	Variación	Mejoría	Agravación
Tolerancia a malas noticias	SI	SI	NO
Alivio con el reposo	SI	SI	NO
Empeoramiento con la actividad física	SI	SI	NO
Reducción de las crisis diarias	SI	SI	NO
Aparición de síntomas nuevos	NO	NO	NO

NE: No evaluable

Observaciones: Todos los síntomas mencionados mejoraron con el uso del medicamento homeopático. Hay reducción de las crisis diarias a cinco episodios por semana. Manifiesta reducción de la intensidad de los síntomas generales. No aparecen síntomas nuevos.

Análisis y conducta: Al presentar respuesta satisfactoria de las variables establecidas se decide dar continuidad al manejo homeopático, se explica al paciente la condición actual y se espera nueva valoración en un mes.

Cita de control número 2 (Octubre de 2019)

Tabla 7 Cita de control número 2, Síntomas cuantificables por el paciente

Cita de control número 2, Síntomas cuantificables por el paciente		
Síntoma del paciente	Intensidad	Mejoría
Cefalea	4/10	SI
Dolor cervical	3/10	SI
Fatiga y somnolencia	4/10	SI
Desempeño mental, cálculos y abstracciones	4/10	SI
Pesadez de los párpados	4/10	SI
Sentimientos depresivos y minusvalía	4/10	SI
Aparición de síntomas nuevos	0/10	NE

NE: No evaluable

Observaciones: Después de dos meses de recibir el tratamiento prescrito, el paciente manifiesta haber logrado reducir la intensidad de todos los síntomas, manifiesta no haber requerido el uso de analgésicos en la misma cantidad que usaba cuando acudió a la cita de primera vez. No hay desaparición total de los síntomas antiguos, ni aparición de nuevos síntomas.

Tabla 8 Cita de control número 2, Síntomas cuantificables por el paciente agravaciones

Consulta inicial, Síntomas calificables por el paciente agravaciones			
Síntoma del paciente	Presencia	Mejoría	Agravación
Tolerancia a malas noticias	SI	SI	NO
Alivio con el reposo	SI	SI	NO
Empeoramiento con la actividad física	SI	SI	NO
Reducción de las crisis diarias	SI	SI	NO
Aparición de síntomas nuevos	NO	SI	NO

NE: No evaluable

Observaciones: De los síntomas calificables todos permanecen, han logrado reducir la intensidad de los síntomas y la periodicidad, el paciente califica la mejoría como satisfactoria

Análisis y conducta: La evolución del paciente continúa siendo satisfactoria y su adaptación frente al dolor presenta una mejor respuesta, aunque algunos síntomas persisten su intensidad se ha reducido hecho que se refleja en la calidad de vida percibida por el paciente. Se continúa igual manejo.

Cita de control Cita número 3 (Noviembre de 2019)

Tabla 9 Cita de control número 3, Síntomas cuantificables por el paciente

Cita de control número 3, Síntomas cuantificables por el paciente		
Síntoma del paciente	Intensidad	Mejoría
Cefalea	3/10	SI
Dolor cervical	2/10	SI
Fatiga y somnolencia	2/10	SI
Desempeño mental, cálculos y abstracciones	2/10	SI
Pesadez de los párpados	2/10	SI
Sentimientos depresivos y minusvalía	2/10	SI
Aparición de síntomas nuevos	0/10	NE

NE: No evaluable

Observaciones: La intensidad de la totalidad de los síntomas continúa reduciendo en relación a la consulta inicial, ninguno de los síntomas desaparece en su totalidad. El paciente manifiesta mejoría en su calidad de vida.

Tabla 10 Cita de control número 3, Síntomas cuantificables por el paciente agravaciones

Cita de control, Síntomas calificables por el paciente agravaciones				
Síntoma del paciente		Presencia	Mejoría	Agravación
	Tolerancia a malas noticias	SI	SI	NO
	Alivio con el reposo	SI	SI	NO
	Empeoramiento con la actividad física	NO	SI	NO
	Reducción de las crisis diarias	SI	SI	NO
	Aparición de síntomas nuevos	NO	SI	NO

NE: No evaluable

Observaciones: Todos los síntomas evidencian reducción de la intensidad y se encuentra que la actividad física no está desencadenando agravación en el momento de la cita control. Logra reducción de las crisis a 2-3/semana.

El paciente afirma haber reducido notoriamente su consumo de analgésicos de manera voluntaria al no necesitarlos.

Análisis y conducta: Se ha logrado reducir no sólo la intensidad del dolor, sino que además, merma la intensidad de los síntomas a los que se les ha realizado el seguimiento. Se siente satisfecho con el logro alcanzado y ha alcanzado un nivel de mejoría que no había experimentado con otras alternativas de manejo.

El consumo de analgésicos se redujo de manera importante a lo largo del desarrollo del tratamiento al punto de no llegar a utilizarlos.

Continúa igual manejo.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones:

- El tratamiento con homeopatía clásica, demostró haber sido de utilidad en el tratamiento del paciente con Cefalea por Sobreuso de Medicamentos, al reducir la intensidad de los síntomas referidos, es importante recordar que el manejo alopático había ofrecido muy pocas alternativas de mejoría.
- La toma de caso, una actividad propia de la homeopatía hace que el médico escuche de manera atenta y activa al paciente, mientras que éste por su parte, expresa no sólo su sentir físico sino también sus sentimientos y emociones frente a lo que le está sucediendo. La entrevista permite que la consulta se convierta en una experiencia verdaderamente útil para el binomio paciente médico.
- A diferencia de la prescripción alopática, que se enfoca en la patología del paciente, la prescripción homeopática clásica busca enfocarse en la individualidad del ser humano y mediante la administración del medicamento homeopático, estimular a la energía vital para que recupere su armonía lo que permite al organismo corregir las funciones alteradas, hecho final que lo lleva a la curación.
- La homeopatía como sistema médico integrativo, puede convertirse en una importante herramienta a la hora de establecer un abordaje multidisciplinar en pacientes de difícil manejo, que no logran alivio desde las perspectivas clásicas o tradicionales.
- Un principio fundamental que demuestra el éxito de la intervención de la homeopatía clásica radica en enfocar su atención sobre el paciente y su individualidad y no en la patología.

- Realizar una toma de caso detallada y elaborada de manera prolija, permite el acercamiento del homeópata a la consecución del medicamento homeopático o simillimum, sólo conseguido desde la interpretación de la totalidad sintomática característica del paciente.
- Al evaluar las posibles causas por las cuales el paciente presentó una Cefalea Por Sobreuso De Medicamentos, cabe tener en cuenta que los tratamientos alopáticos pudieron estar suprimiendo la expresión de la Energía Vital, máxime si se consideró y se trató a la cefalea como un síntoma local, lo que pudo resultar en el reforzamiento de la respuesta de la energía vital, haciendo que el dolor adquiriera la característica de cronicidad en el cuadro manifestado por el consultante y la aparición de la resistencia a los medicamentos alopáticos.

8.2 Recomendaciones

- Hacer uso de la homeopatía clásica para el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas de difícil manejo.
- Continuar con el ejercicio de reportes de caso similares a fin de nutrir la bibliografía y la evidencia existente.

9. Bibliografía

ABAD, C., PÉREZ, M., ÁLVAREZ, B., ANDRADE, C., ARA, A., ARRANZ, J., AVALOS, E. y LÓPEZ, P., 2011. *Las 50 principales consultas en medicina de familia*. S.l.: s.n. ISBN 9788469426074.

ALEKSENKO, D. y SÁNCHEZ-MANSO, J.C., 2019. *Medication Overuse Induced Headache (MOH)*. S.l.: StatPearls Publishing.

BECKER-WITT, C., LÜDTKE, R., WEISSHUHN, T.E.R. y WILLICH, S.N., 2004. Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice. *Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde*, vol. 11, no. 2, pp. 98-103. ISSN 14247364. DOI 10.1159/000078231.

Características clínicas y mecanismos de la migraña crónica y cefalea por uso excesivo de medicamentos. - PubMed - NCBI. [en línea], [sin fecha]. [Consulta: 28 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21921539>.

CHEN, P.K. y WANG, S.J., 2019. Medication Overuse and Medication Overuse Headache: Risk Factors, Comorbidities, Associated Burdens and Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatment Approaches. *Current Pain and Headache Reports*, vol. 23, no. 8, pp. 1-7. ISSN 15343081. DOI 10.1007/s11916-019-0796-7.

DALLA LIBERA, D., COLOMBO, B., PAVAN, G. y COMI, G., 2014. Complementary and alternative medicine (CAM) use in an Italian cohort of pediatric headache patients: The tip of the iceberg. *Neurological Sciences*. S.l.: Springer-Verlag Italia s.r.l., DOI 10.1007/s10072-014-1756-y.

DANNO, K., COLAS, A., MASSON, J.L. y BORDET, M.F., 2013. Homeopathic treatment of migraine in children: Results of a prospective, multicenter, observational study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 19, no. 2, pp. 119-123. ISSN 10755535. DOI 10.1089/acm.2011.0821.

DE GROOT, F.M., VOOGT-BODE, A., PASSCHIER, J., BERGER, M.Y., KOES, B.W. y VERHAGEN, A.P., 2011. Headache: The placebo effects in the control groups in randomized clinical trials; An analysis of systematic reviews. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, vol. 34, no. 5, pp. 297-305. ISSN 01614754. DOI 10.1016/j.jmpt.2011.04.007.

DIENER, H.C., HOLLE, D., SOLBACH, K. y GAUL, C., 2016. Medication-overuse headache: Risk factors, pathophysiology and management. *Nature Reviews Neurology* [en línea], vol. 12, no. 10, pp. 575-583. ISSN 17594766. DOI 10.1038/nrneuro.2016.124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneuro.2016.124>.

ERNST, E., 1999. Homeopathic prophylaxis of headaches and migraine? A systematic review. *Journal of pain and symptom management* [en línea], vol. 18, no. 5, pp. 353-7. [Consulta: 28 enero 2020]. ISSN 0885-3924. DOI 10.1016/s0885-3924(99)00095-0. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584459>.

FAVIER TORRES, M., PARDO PARDO, I., DEHESA GONZÁLEZ, L., SAMÓN LEYVA, M., CHÍ CEBALLO, M., PALACIOS REYES, O. y NICÓ GARCÍA, M., 2006. Terapia homeopática en cefalea migrañosa: informe de un caso. *Rev inf cient*, pp. 6-6.

FIGUEROLA, M. de L., 2014. *Las cefaleas: nuevos enfoques para un viejo problema*. Primera Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana. ISBN 978-950-06-0588-5.

- FISCHER, M.A. y JAN, A., 2020. *Medication-overuse Headache (MOH)* [en línea]. S.l.: s.n.
[Consulta: 28 enero 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30844177>.
- FRASS, M., STRASSL, R.P., FRIEHS, H., MÜLLNER, M., KUNDI, M. y KAYE, A.D., 2012.
Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review. 2012. S.l.: s.n.
- FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATÍA LUIS G. PÁEZ., 2014.
Fundamentos teóricos de la homeopatía. Bogotá, D.C. Colombia: s.n.
- GAUS, W. y HOGEL, J., 1995. Studies on the efficacy of unconventional therapies. Problems and designs. *Arzneimittel-Forschung/Drug Research*, vol. 45, no. 1, pp. 88-92. ISSN 00044172.
- GIL CAMPOY, J.A., GONZÁLEZ ORIA, C., FERNÁNDEZ RECIO, M., GÓMEZ ARANDA, F., JURADO COBO, C.M. y HERAS PÉREZ, J.A., 2012. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. *Semergen*, vol. 38, no. 4, pp. 241-244. ISSN 11383593. DOI 10.1016/j.semerg.2012.02.005.
- GÓMEZ VIQUEZ, L.E., CHANG SEGURA, J. y FERNÁNDEZ MORALES, H., 2018. Cefalea por abuso de medicamentos ISSN. *Revista Clinica de la Escuela de Medicina* [en línea], vol. 8, no. II, pp. 11-18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr182a.pdf>.
- GONZÁLEZ TEOMIRO, A.C. y IRIONDO, ECHENAGUSIA, I., 2018. *Cefalea por abuso de analgésicos : Revisión Bibliográfica*. S.l.: s.n.

- HALLMANN-MIKOŁAJCZAK, A., 2004. Ebers Papyrus. The book of medical knowledge of the 16th century B.C. Egyptians. *Archiwum historii i filozofii medycyny / Polskii Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji*, vol. 67, no. 1, pp. 5-14. ISSN 08601844.
- JOUANNY, J., CRAPANNE, J.-B., DANCER, H. y JEAN-LOUIS MASSON, 2000. *Terapéutica Homeopática Tomo 2 Posibilidades en Patología Crónica*. Tercera Ed. Francia: BOIRON - FRANCE.
- KRISTOFFERSEN, E.S. y LUNDQVIST, C., 2014. Medication-overuse headache: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, vol. 5, no. 2, pp. 87-99. ISSN 20420994. DOI 10.1177/2042098614522683.
- LONG, L., HUNTLEY, A. y ERNST, E., 2001. Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations. *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 9, no. 3, pp. 178-185. ISSN 09652299. DOI 10.1054/ctim.2001.0453.
- LORETO, M., 2014. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, no. 4, pp. 651-657. ISSN 07168640. DOI 10.1016/s0716-8640(14)70086-0.
- MARZOTTO, M., OLIOSO, D., BRIZZI, M., TONONI, P., CRISTOFOLETTI, M. y BELLAVITE, P., 2014. Extreme sensitivity of gene expression in human SH-SY5Y neurocytes to ultra-low doses of Gelsemium sempervirens. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [en línea], vol. 14, no. 1, pp. 104. [Consulta: 29 enero 2020]. ISSN 1472-6882. DOI 10.1186/1472-6882-14-104. Disponible en: <http://bmccomplementalalternmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-14-104>.
- MICIELI, A. y ROBBLEE, J., 2018. Medication-overuse headache. *CMAJ*, vol. 190, no. 10, pp.

E296. ISSN 14882329. DOI 10.1503/cmaj.171101.

NASH, 1989a. Fundamentos de terapéutica homeopática. *Buenos Aires* [en línea], Disponible en:
<http://sites.google.com/site/homeopatiaseg/NASHEBMAT.MEDICAHOMEOPATICA.doc>

NASH, 1989b. *Fundamentos de terapéutica homeopática* [en línea]. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo. Disponible en:
<http://sites.google.com/site/homeopatiaseg/NASHEBMAT.MEDICAHOMEOPATICA.doc>

ORTIZ CARANGUAY, M.J., 2016. Cefalea tensional y homeopatía. , pp. 84-84.

ORTIZ CARANGUAY, M.J., SIERRA, P. y CORREA CRUZ, F., 2016. *Cefalea tensional y homeopatía Monografía* [en línea]. S.l.: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/52723/1/monicajohannaortizcaranguay.2016.pdf>.

OWEN, Jonice M y GREEN, B.N., 2004. Homeopathic treatment of headaches: a systematic review of the literature. *Journal of chiropractic medicine* [en línea], vol. 3, no. 2, pp. 45-52. [Consulta: 27 enero 2020]. ISSN 1556-3707. DOI 10.1016/S0899-3467(07)60085-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19674623>.

OWEN, Jonice M. y GREEN, B.N., 2004. Homeopathic Treatment of Headaches: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Chiropractic Medicine*, vol. 3, no. 2, pp. 45-52. ISSN 15563707. DOI 10.1016/S0899-3467(07)60085-8.

PASCUAL, J., 2019. Headache and migraine. *Medicine (Spain)*, vol. 12, no. 71, pp. 4145-4153. ISSN 15788822. DOI 10.1016/j.med.2019.01.010.

- PIRRA, R.G., 2008. *Organon del arte de curar: en búsqueda del pensamiento original de Hahnemann*. Primera. Buenos Aires: GRP. ISBN 978-987-24672-0-3.
- RISON, R.A., KIDD, M.R. y KOCH, C.A., 2013. The CARE (CAse REport) guidelines and the standardization of case reports. *Journal of medical case reports* [en línea], vol. 7, pp. 261. [Consulta: 5 octubre 2017]. ISSN 1752-1947. DOI 10.1186/1752-1947-7-261. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24283496>.
- RIVILLA-MARUGÁN, L., RAMADA SORIANO, A., GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, V.M. y ARRIETA ANTÓN, E., 2008. Chronic daily and analgesic overuse headaches. *Semergen* [en línea], vol. 34, no. 6, pp. 291-296. ISSN 15788865. DOI 10.1016/S1138-3593(08)71905-1. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)71905-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(08)71905-1).
- SANCHEZ-ORTEGA, P., 1992. *Medicina Homeopática: teoría y técnica*. 1. Mexico: s.n. ISBN 968-499-949-6.
- SÁNCHEZ, D.J., GUEVARA, C.L., ARTUNDUAGA, V.M., BURBANO, R.G., ALBERTO DIAZGRANADOS SÁNCHEZ, J., SUSANA CHAN GUEVARA, L. y HERNÁN VALENCIA, M., 2015. Cefalea crónica tipo tensión: una nueva experiencia de tratamiento Chronic tension-type headache: A new treatment experience Trabajo original. *Acta Neurol Colomb*, vol. 31, no. 3, pp. 240-245.
- SANTOS, L.C. dos, 2013. Enxaqueca: abordagem homeopática- Revisão bibliográfica. , pp. 52-52.
- SCHER, A.I., RIZZOLI, P.B. y LODER, E.W., 2017. *Medication overuse headache*. 19 septiembre 2017. S.l.: Lippincott Williams and Wilkins.

SCHETZEK, S., HEINEN, F., KRUSE, S., BORGGRAEFE, I., BONFERT, M., GAUL, C.,
GOTTSCHLING, S. y EBINGER, F., 2013. *Headache in children: Update on
complementary treatments*. 2013. S.l.: s.n.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CEFALEAS, 2013. III Edición de la Clasificación
Internacional de las Cefaleas. . S.l.:

STRAUMSHEIM, P., BORCHGREVINK, C., MOWINCKEL, P., KIERULF, H. y
HAFSLUND, O., 2000. Homeopathic treatment of migraine: A double blind, placebo
controlled trial of 68 patients. *British Homeopathic Journal*, vol. 89, no. 1, pp. 4-7. ISSN
00070785. DOI 10.1054/homp.1999.0332.

TAKESHIMA, T., 2010. Chronification of migraine headache: Clinical feature and mechanism
of chronic migraine and medication overuse headache. *Clinical Neurology*. S.l.: s.n., pp.
990-993. DOI 10.5692/clinicalneuro.50.990.

VANDENBUSSCHE, N., LATERZA, D., LISICKI, M., LLOYD, J., LUPI, C., TISCHLER, H.,
TOOM, K., VANDERVORST, F., QUINTANA, S., PAEMELEIRE, K. y KATSARAVA,
Z., 2018. *Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate*.
1 diciembre 2018. S.l.: BioMed Central Ltd.

VAS MD, J., 2011. Cómo escribir el informe de un caso clínico. Guía para los autores. *Revista
Internacional de Acupuntura* [en línea], vol. 5, no. 3, pp. 105-107. [Consulta: 22 septiembre
2017]. DOI 10.1016/S1887-8369(11)70025-4. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1887836911700254>.

VERNON, H., MCDERMAID, C.S. y HAGINO, C., 1999. Systematic review of randomized
clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and

cervicogenic headache. *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 7, no. 3, pp. 142-155. ISSN 09652299. DOI 10.1016/S0965-2299(99)80122-8.

WALACH, H., LOWES, T., MUSSBACH, D., SCHAMELL, U., SPRINGER, W., STRITZL, G. y HAAG, G., 2000. The long-term effects of homeopathic treatment of chronic headaches: 1 year follow up. *Cephalalgia : an international journal of headache* [en línea], vol. 20, no. 9, pp. 835-7. [Consulta: 28 enero 2020]. ISSN 0333-1024. DOI 10.1046/j.1468-2982.2000.00129.x. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11167914>.

WALACH, H., LOWES, T., MUSSBACH, D., SCHAMELL, U., SPRINGER, W., STRITZL, G. y HAAG, G., 2001. The long-term effects of homeopathic treatment of chronic headaches: one year follow-up and single case time series analysis. *Br Homeopath J*, pp. 63-72.

WHITMARSH, T.E., 1997. When conventional treatment is not enough: a case of migraine without aura responding to homeopathy. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)* [en línea], vol. 3, no. 2, pp. 159-62. [Consulta: 28 enero 2020]. ISSN 1075-5535. DOI 10.1089/acm.1997.3.159. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9395706>.

WITT, C.M., LÜDTKE, R., MENGLER, N. y WILLICH, S.N., 2008. How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment? - Results from a long term observational study. *BMC Public Health*, vol. 8. ISSN 14712458. DOI 10.1186/1471-2458-8-413.

WITT, C.M., LÜDTKE, R. y WILLICH, S.N., 2010. Homeopathic treatment of patients with migraine: A prospective observational study with a 2-year follow-up period. *Journal of*

Alternative and Complementary Medicine, vol. 16, no. 4, pp. 347-355. ISSN 10755535.

DOI 10.1089/acm.2009.0376.

YÉLAMOS, A.M., ROJO, J.P. y VILLANUEVA, M.H., 2014. Cefalea por abuso de medicación. *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria* [en línea], vol. 21, no. 10, pp. 603-605. ISSN 15789675. DOI 10.1016/s1134-2072(14)70861-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(14\)70861-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(14)70861-8).

ZUBIRÁN, S., 2017. *Revista Mexicana de Neurociencia Revisión*. [en línea]. S.l.: Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2017/03/RevMexNeu-2017-182-51-65-R.pdf?fbclid=IwAR1vTDrsMMDs4jB39tuJJsq6-tQNu5tJPO22hJR-FCj-4OwvSud9fhnpxs0>.