



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

***PROYECTO DE
PROGRAMA DE
EDUCACIÓN PARA LA
SALUD: "ADELÁNTATE A
LA MIGRAÑA"***

Autor/a: Verónica Ibáñez Milán

Tutor/a: Eva Muñoz Conejero

RESUMEN:

La migraña es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes e incapacitantes a nivel mundial, afectando sobre todo a personas con edades comprendidas entre 20 y 55 años. Esta enfermedad se presenta como una cefalea intensa de carácter opresivo, punzante y pulsátil de variable duración acompañada en la mayoría de los casos por síntomas como náuseas, vómitos e hipersensibilidad a la luz o sonidos.

Actualmente, el abordaje de esta patología desde el punto de vista de la enfermería es bastante limitado por lo que mediante la elaboración de este trabajo se quiere establecer un programa de educación para la salud en el que los profesionales de enfermería tomen un mayor control sobre la situación de las cefaleas de estos pacientes. Se propone un programa organizado en cuatro sesiones en las que el profesional de enfermería informará sobre los principales síntomas de la patología, los posibles factores desencadenantes de las cefaleas y ofrecerá estrategias para combatirlos y reducirlos mediante la modificación de los hábitos de vida con el fin de disminuir el número de crisis agudas de migraña y obtener una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: migraña, factores desencadenantes, hábitos de vida, calidad de vida.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	1
1.1. Fisiopatología y factores de riesgo	2
1.2. Diagnóstico	4
1.3. Tratamiento	4
1.4. Epidemiología y repercusión en la calidad de vida	5
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	7
3. MATERIAL Y MÉTODO	8
3.1. Diseño del programa	8
3.2. Población diana	9
3.3. Duración de la intervención	9
3.4. Material utilizado	10
3.5. Variables a recoger y analizar	10
4. DESARROLLO DEL PROGRAMA	11
4.1. Sesión 1	11
4.2. Sesión 2	14
4.3. Sesión 3	20
4.4. Última sesión	22
5. DISCUSIÓN	23
6. BIBLIOGRAFÍA	24
7. ANEXOS	25

ABREVIATURAS:

MC: Migraña crónica

ME: Migraña episódica

HIT-6: Headache Impact Test

MIDAS: Migraine Disability Assessment

HIS: International Headache Society

ICHD: International Classification of Headache Disorders

AEPAC: Asociación Española de Pacientes con Migrañas

OMS: Organización Mundial de la Salud

CDV: Calidad de Vida

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN:

Las cefaleas o fuertes dolores de cabeza son en la actualidad una de las patologías más frecuentes y extendidas sobre la población en edad productiva. Debido a su gran diversidad sintomatológica, la Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society) llevó a cabo en el año 2013 una nueva versión de clasificación sobre dolores de cabeza (Clasificación of Headache Disorders III, ICHD-III) en la que diferencia entre cefaleas primarias no atribuibles a una causa conocida y cefaleas secundarias asociadas a algún tipo de trastorno desencadenante (**ANEXO I**).

Dentro del grupo de cefaleas primarias se ha recogido la migraña, caracterizada por una cefalea intensa, punzante, pulsátil y opresiva, generalmente unilateral y situada en la región frontal, lateral o periorbicular de la cabeza, que cursa en brotes episódicos de variable duración. Además, se diferencian dos subtipos de migraña en función de la presencia o no de una serie de síntomas neurológicos focales y transitorios que pueden aparecer antes, durante y después del dolor de cabeza conocidos como aura migrañosa.

Asimismo, con frecuencia los pacientes que sufren de migraña, experimentan una serie de síntomas anteriores a la aparición de la cefalea llamados síntomas premonitorios o ``de advertencia'', entre los que destacan: irritabilidad, mareo, debilidad muscular, cansancio, náuseas, vómitos e hipersensibilidad a estímulos (1-3).

1.1 Fisiopatología y factores de riesgo:

A pesar de que en la actualidad aún no existe una causa exacta que determine la aparición de las migrañas, sí se han relacionado diferentes agentes que contribuyen en su desarrollo destacando entre estos los desequilibrios químicos en los niveles de serotonina, procesos vasculares como isquemias o microembolias y posibles alteraciones genéticas (4).

A su vez, hay también ciertos factores de riesgo que varios estudios relacionan con una mayor predisposición a sufrir migrañas:

- Factores no modificables:
 - Edad avanzada
 - Sexo femenino
 - Enfermedades asociadas
 - Nivel socioeconómico bajo
- Factores modificables:
 - Obesidad
 - Alimentación
 - Ansiedad/ depresión/ estrés
 - Falta de sueño
 - Hábitos de vida irregulares
 - Abuso de medicación

No obstante, las migrañas en la mayoría de los casos suelen presentarse asociadas a otras patologías de origen psiquiátrico, cardiovascular o respiratorio entre otros, como se muestra en la tabla I.

También, otro tipo de afecciones que se han vinculado de manera muy estrecha con la cefalea migrañosa bien debido al componente vascular de la misma o por su posible relación con un trastorno de la actividad eléctrica del cerebro son los trastornos isquémicos y la epilepsia. Aunque hasta el momento no se ha establecido de forma definitiva, se cree que ambas afecciones podrían actuar como posibles causas desencadenantes o como posibles consecuencias de la migraña (5, 6).

Tabla I: Comorbilidades asociadas a la Migraña crónica (MC) y Migraña esporádica (ME).

		Crónica (n = 655)	Episódica (n = 11.249)
Comorbilidad psiquiátrica	Ansiedad	30,2%	18,8%
	Depresión	30,2%	17,2%
	Trastorno bipolar	4,6%	2,8%
Comorbilidad cardiovascular	Obesidad	25,5%	21,0%
	Cardiopatía	9,6%	6,3%
	Ictus	4,0%	2,2%
	Trastornos circulatorios	17,3%	11,4%
Comorbilidad respiratoria	Alergia	59,9%	50,7%
	Asma	24,4%	17,2%
	Bronquitis	9,2%	4,5%
	Enfisema/broncopatía	4,9%	2,6%
	Sinusitis	45,2%	37,0%
Otras comorbilidades	Artritis	33,6%	22,2%
	Dolor crónico	31,5%	15,1%

n = número de personas que participan en el estudio con MC o ME.

% = porcentaje de pacientes con migraña que sufre ambas patologías.

Patologías como la ansiedad, depresión, alergia o procesos inflamatorios tienen una estrecha relación con la MC, siendo en el caso de la ME las alergias y las sinusitis las patologías con mayor comorbilidad. *Francisco J. Carod-Artal, Pablo Irimia, David Ezpeleta. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. RevdeNeurología, 2012 (5).*

1.2 Diagnóstico:

La Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society, IHS), ha establecido diferentes versiones de criterios diagnósticos de migraña, creando la primera en 1988 (International Classification of Headache Disorders I, ICHD-I), en 2005 la segunda (ICHD-II) y en 2013 la última (ICHD-III), siendo ésta la más utilizada en la actualidad para el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de cefaleas.

Esta clasificación únicamente emplea datos subjetivos aportados por el paciente, sin embargo, para establecer un diagnóstico definitivo es necesaria la obtención de datos objetivos que lo confirmen mediante la elaboración de pruebas de laboratorio, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) o electroencefalograma (EEG) (1-3).

1.3 Tratamiento:

Al considerarse la migraña una patología crónica, la mayoría de los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos son recomendados para disminuir o mitigar los síntomas.

Tratamientos farmacológicos:

- Fármacos no específicos de migraña: utilizados en crisis de migraña de intensidad leve o moderada. Paracetamol, Ácido acetilsalicílico, Ketorolaco, Naproxeno, Ibuprofeno y Diclofenaco entre otros.
- Fármacos específicos de migraña: dentro de este grupo se incluyen los triptanes y ergotamínicos para crisis de intensidad severa. Algunos de estos fármacos son por ejemplo Sumatriptan, Rizatriptan, Zolmitriptan, Almotriptan y Dihidroergotamina.
- Fármacos preventivos o profilácticos: cuando la frecuencia o intensidad de las crisis es muy elevada produciendo una gran discapacidad en el paciente. El inconveniente de este tipo de fármacos es su periodo

prolongado de administración, pues necesitan al menos 3 meses para que produzcan el efecto deseado, no siendo este además el 100% en todos los casos. Este tipo de drogas profilácticas se clasifican en 3 grupos:

- Primera elección: Propanolol, Topiramato, Ácido Valpróico.
- Segunda elección: Amitriptilina, Magnesio, Lisinopril, Candesartan.
- Tercera elección: Gabapentina, Vit. B2 o Riboflavina, Lamotrigina, Velanfaxina.

Junto a estos fármacos suelen administrarse también aquellos que contribuyen a combatir los síntomas asociados a la migraña o a los efectos secundarios de su tratamiento.

Los tratamientos no farmacológicos prestan una gran importancia al manejo de los posibles factores de riesgo, con el fin de evitarlos y reducir en la medida de lo posible las crisis agudas de migraña. Algunos de estos consejos como un buen descanso nocturno, relajación, ejercicio y horarios regulares pueden disminuir su frecuencia, duración e intensidad. Se debe incluir también dentro de este tipo de propuesta paliativa todas aquellas estrategias cognitivo conductuales destinadas a lograr una mejor adaptación del paciente a la enfermedad y otro tipo de alternativas terapéuticas como el bloqueo de nervios sensitivos, acupuntura o fisioterapia (1, 6, 7).

De esta variedad de tratamientos se debe establecer el más indicado para cada paciente teniendo en cuenta que la patología presenta diferentes características e intensidad en función de la persona y el momento, pudiendo definirse como una patología personalizada.

1.4 Epidemiología y repercusión en la calidad de vida:

A pesar de todas las alternativas de tratamiento existentes en la actualidad la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas (AEPAC) establece que las migrañas afectan a cuatro millones de personas en España sobre la población general, presentando una prevalencia que oscila entre el 7% en hombres y el 20% en mujeres (8, 9). La migraña crónica se ha convertido en un problema de salud tan importante en la actualidad que la Organización Mundial de la Salud (OMS), sitúa esta patología como la sexta enfermedad más discapacitante, considerándose también, uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP). Esta amplia extensión de la enfermedad supone una gran repercusión a nivel social, ya que no solo afecta individualmente en la calidad de vida (CDV) del paciente, sino que también conlleva un gran consumo de recursos sanitarios, humanos, sociales y laborales, al ser una de las principales causas de absentismo y disminución del rendimiento laboral (2, 5).

Por lo tanto, las migrañas presentan una elevada incidencia y suponen un aumento del consumo de recursos y una gran disminución de la calidad de vida para los pacientes que las sufren. Sin embargo, a día de hoy no existe un consenso para seguir y tratar correctamente desde enfermería a estos pacientes viéndose necesaria la elaboración de un programa de educación para la salud que sirva de guía hacia la adquisición de hábitos de vida saludables que favorezcan la reducción del número de crisis agudas de migraña y que facilite la aportación de consejos conductuales que ayuden a afrontar de la mejor manera posible esta patología con el fin de obtener una mejora de la calidad de vida de los mismos.

2. HIPÓTEISIS Y OBJETIVOS:

Hipótesis: los pacientes diagnosticados de migraña presentan una disminución en la frecuencia e intensidad de las crisis agudas de dolor a partir de la detección y reducción de los posibles factores desencadenantes y el establecimiento de hábitos de vida saludables.

Objetivo general: elaborar un programa de Educación para la Salud que proporcione información a los pacientes diagnosticados de migraña.

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad de vida del paciente con migraña.
- Establecer un protocolo común de guía para los profesionales de enfermería sobre los pacientes con migraña.

3. MATERIAL Y MÉTODO:

3.1 Diseño del programa:

El programa se llevará a cabo mediante la organización de sesiones concertadas entre los profesionales de enfermería y los pacientes en las que se utilizará una metodología educativa directa a través del uso del diálogo junto con métodos educativos indirectos como la utilización de folletos informativos y sistemas audiovisuales. Estas sesiones podrán ser realizadas de manera individual o en grupo según la demanda de los mismos, de tal forma que los pacientes tengan la posibilidad de compartir las características e inquietudes de su patología con los demás.

En la primera sesión, el profesional de enfermería realizará una pequeña entrevista al paciente para determinar su estilo de vida, antecedentes y conocimiento que él tiene sobre su enfermedad. Se le facilitará una breve información sobre la migraña que quedará recogida en un tríptico informativo que se entregará al paciente para su consulta. Además, también se le proporcionará un calendario donde deberá registrar las crisis agudas de migraña recogiendo sus características, intensidad y duración. Éste servirá posteriormente para evaluar la evolución e influencia del programa sobre la enfermedad.

La segunda sesión se estructurará en dos partes; en la primera se realizará una reunión grupal en la que los pacientes una vez informados de su enfermedad podrán proponer dudas y/o poner en común su experiencia y comparar las distintas variantes de esta patología; en la segunda parte el personal de enfermería informará acerca de los factores que pueden influir en el desarrollo de las cefaleas y ofrecerá estrategias para reducirlos. Se entregará también una tabla de registro de los posibles factores desencadenantes de migraña que permitirá un mejor manejo de los mismos.

En la tercera sesión, el profesional de enfermería ofrecerá una serie de consejos que servirán de guía a la hora de actuar ante una crisis de migraña. También estará destinada a comprobar que el paciente sigue correctamente las

indicaciones de las sesiones anteriores con el fin de evitar el posible fracaso del programa por errores en su desarrollo. Además, se entregará un nuevo calendario de registro de migrañas que permitirá comparar y evaluar la mejora de la patología tras la intervención.

En la cuarta y última sesión del proyecto se evaluará la eficacia del programa mediante la realización de una entrevista al paciente en la que se volverán a utilizar los cuestionarios empleados al inicio del programa y se analizará la evolución de las crisis agudas de migraña mediante la comparación de los calendarios de registros entregados anteriormente. Si el programa no ha sido eficaz se buscarán las causas y se ofrecerán otro tipo de estrategias paliativas.

3.2 Población diana:

El programa está dirigido a pacientes de edad igual o superior a 16 años de la población Vallisoletana con diagnóstico de migraña establecido por un neurólogo.

- Criterios de inclusión en el programa:
 - Paciente de edad mayor o igual a 16 años
 - Diagnóstico establecido de migraña
 - Alteración en su calidad de vida
 - Existencia de al menos una crisis aguda de migraña al mes
- Criterios de exclusión:
 - No alteración de su calidad de vida
 - Tratamiento efectivo

3.3 Duración de la intervención:

El programa se extenderá a lo largo de 4 meses aproximadamente, espaciando las sesiones en diferentes tiempos según las necesidades del mismo. Podrá repetirse y modificarse el programa en función de la nueva aparición de pacientes que lo soliciten y de los resultados que se vayan obteniendo.

Se dejará un intervalo de al menos un mes entre cada sesión y 2 meses entre la sesión 3 y 4.

La duración de cada una variará en función de las necesidades del paciente, el tiempo disponible y la extensión del contenido de la misma.

Participantes: las sesiones se impartirán con un máximo de 10 asistentes, exceptuando la primera sesión que se llevará a cabo de manera individual.

3.4 Material utilizado:

Recursos humanos:

- Personal de enfermería

Recursos materiales:

- Sala con espacio suficiente para la comodidad del personal de enfermería y los asistentes
- Sillas y mesa
- Sistema de proyección audiovisual y ordenador
- Folletos informativos de las diferentes sesiones

3.5 Variables a recoger y analizar:

En este programa se analizará cómo influyen los hábitos de vida y la actitud del paciente sobre la patología migrañosa y si su modificación y adaptación a la misma son útiles para reducir las crisis agudas de dolor. Para realizar este análisis y su consecuente explicación a los pacientes se utilizarán los calendarios de evolución y los cuestionarios entregados los pacientes.

Asimismo, se realizará también un análisis estadístico de los datos obtenidos de todos los participantes del programa para evaluar la eficacia del mismo en cuanto a la reducción del número de crisis e intensidad del dolor.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA:

SESIÓN 1:

Tras ser diagnosticado de migraña crónica por su neurólogo y cumpliendo los requisitos establecidos por el programa, al paciente se le recomendará pedir cita con su enfermera del centro de salud para poder ser incluido en dicho programa.

En la primera sesión la enfermera realizará una pequeña entrevista mediante el diálogo con el paciente y la cumplimentación de una encuesta inicial que permita recoger todos los datos relevantes para analizarlos y dirigir el programa en función de sus necesidades, cerciorándose al mismo tiempo que el paciente cumple los criterios de inclusión establecidos en el programa **(ANEXO II)**.

Junto a la encuesta inicial se realizará también un test de valoración del impacto de la migraña en la vida diaria del paciente (HIT- 6), y un cuestionario de evaluación de la discapacidad que produce la migraña en el mismo (MIDAS) con el fin de conocer su situación inicial y poder evaluar los cambios que se produzcan tras el desarrollo del programa (10,11) **(ANEXO III)**.

Se proporcionará información básica sobre la patología mediante la explicación de la misma y se entregará un tríptico informativo junto con un calendario de registro de migrañas que permita al paciente ir avanzando en el conocimiento de su enfermedad.

CALENDARIO DE REGISTRO DE MIGRAÑAS:

ABRIL

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1 I: L: C:	2 I: L: C:
3 I: L: C:	4 I: L: C:	5 I: L: C:	6 I: L: C:	7 I: L: C:	8 I: L: C:	9 I: L: C:
10 I: L: C:	11 I: L: C:	12 I: L: C:	13 I: L: C:	14 I: L: C:	15 I: L: C:	16 I: L: C:
17 I: L: C:	18 I: L: C:	20 I: L: C:	21 I: L: C:	22 I: L: C:	23 I: L: C:	24 I: L: C:
25 I: L: C:	26 I: L: C:	27 I: L: C:	28 I: L: C:	29 I: L: C:	30 I: L: C:	

I: Intensidad, L: localización, C: Características

TRIPTICO MIGRAÑAS

¿QUÉ ES LA MIGRAÑA?

La migraña es una de las patologías más frecuentes en la sociedad actual. Se caracteriza por fuertes dolores de cabeza, generalmente acompañados de una serie de síntomas de aviso como: irritabilidad, sensibilidad a la luz o sonidos, náuseas y vómitos entre otros.

El dolor puede ser focalizado o afectar a toda la cabeza, aunque con frecuencia se presenta de manera unilateral con carácter punzante, intenso y muy discapacitante.



TIPOS DE MIGRAÑAS

Migraña crónica: cefalea intensa de 15 días o más de evolución y que aparece al menos durante tres meses al año.

Migraña episódica: episodios aislados de cefalea con características de migraña.

Ambos tipos de migraña pueden presentarse con aura o sin aura.

Son síntomas sensitivos que pueden preceder a la crisis aguda de migraña, estar presentes durante la duración de la misma o incluso aparecer sin el desarrollo de la cefalea. Suelen ser:

- Alteraciones en la sensibilidad
- Parestesias
- Debilidad, cansancio o hiperactividad
- Alteraciones del lenguaje y la visión
- Vértigo

¡NO TE ASUSTES, ES NORMAL!

¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS AGUDA DE MIGRAÑA?

¡¡Mantén la calma!!

- Reduce los estímulos ruidosos y luminosos
- Aíslate en un lugar tranquilo
- Pospon responsabilidades ¡LO PRIMERO ERES TÚ!
- Échate una siesta, te la has ganado.



SESIÓN 2:

Aproximadamente 30 días después de haber realizado la primera sesión, se citará conjuntamente a los pacientes para organizar un coloquio dirigido por el profesional de enfermería en el que podrán exponer sus dudas, poner en común sus diferentes situaciones y expresar sus inquietudes y sentimientos.

En una segunda fase de la sesión con el apoyo de un power point se explicarán qué factores pueden considerarse como desencadenantes de las crisis agudas de dolor, cómo reconocerlos y evitarlos en la medida de lo posible, tal y como se expone a continuación.

¿Cómo reconocer los factores de riesgo?

Numerosos estudios afirman la evidencia de resultados muy positivos en la prevención de las crisis agudas de dolor mediante la utilización de tratamientos no farmacológicos y la adquisición de hábitos de vida saludables. El primer paso consiste en conocer cuáles son los factores que pueden influir en la enfermedad, sobre cuáles de ellos se puede intervenir y de qué manera (12).

Factores posibles de modificar:

1. La alimentación
2. Hábitos de vida
3. Estrés y trastornos emocionales

Factores no posibles de modificar:

- Genética
- Sexo
- Edad

1. Alimentación:

Es muy difícil determinar cómo la dieta puede influir y actuar como factor desencadenante o de riesgo de las crisis agudas de migraña, puesto que los únicos datos obtenidos son aportados de forma subjetiva por los pacientes. Si es cierto, que la hipersensibilidad o intolerancia a determinados alimentos o

componentes de los mismos pueden desencadenar los propios dolores de cabeza.

Asimismo, se debe tener en cuenta que las reacciones de cada persona a los alimentos son muy variadas y es probable que un alimento no cause el mismo efecto en dos personas con la misma patología. Por esto, a pesar de existir una serie de alimentos que con frecuencia podrían considerarse posibles factores desencadenantes, es necesario detectar y elaborar de manera individual en cada paciente una lista de qué alimentos o componentes alimenticios afectan de manera negativa o positiva al desarrollo de las crisis agudas de migraña.

Alimentos negativos:

- Chocolate
- Queso curado
- Frutas cítricas
- Dieta rica en grasas
- Productos lácteos
- Cafeína
- Bebidas alcohólicas de coloración oscura
- Alimentos fermentados
- Bebidas gaseosas
- Edulcorantes
- Conservas
- Embutidos
- Frutos secos

Alimentos preventivos:

- Vitamina B2: huevos, cebada, hígado, verduras de hoja verde
- Vitaminas B6, B9, B 12: contribuyen a la disminución de los síntomas de aura. Entre estos destacan los huevos, hígado, riñón, pescado, legumbres, espinacas, judías verdes pepino, zanahoria fruta y pan integral.
- Vitamina C: melón, fresas, brócoli, coliflor, pimientos, espinacas, repollo, patata, tomates, etc.

Una dieta rica en vegetales proporciona gran cantidad de antioxidantes que poseen un efecto antiinflamatorio y pueden contribuir a la regulación del dolor. A su vez ayudan a controlar el peso corporal, el cual influye notablemente en el desarrollo de la patología considerándose el sobrepeso y la obesidad como un factor de riesgo para el aumento de la frecuencia e intensidad de las crisis migrañosas (7, 12).



2. Hábitos de vida: sedentarismo y deporte

La actividad diaria se debe considerar también un factor a tener en cuenta a la hora de intentar prevenir los ataques de migraña.

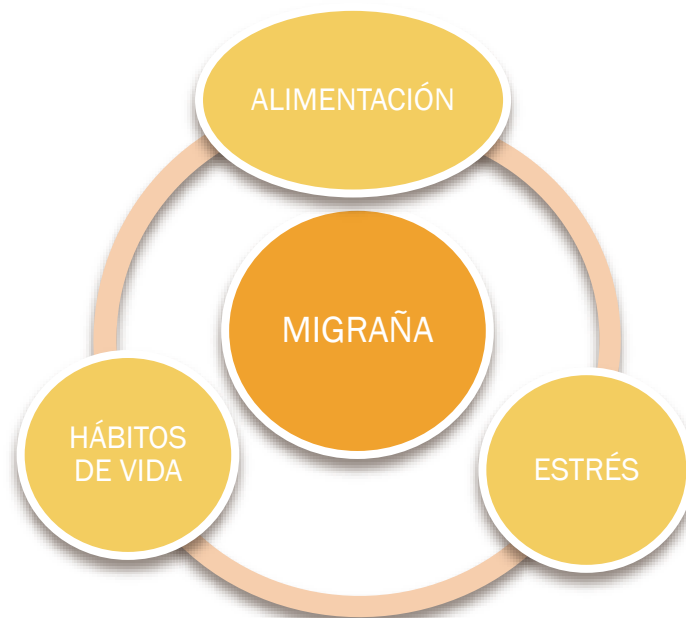
La realización de ejercicio cardiovascular de manera moderada influye muy positivamente en el control del peso corporal, pero al mismo tiempo se ha determinado que éste actúa también como un buen modulador del procesamiento del dolor, de tal forma que una persona que realiza actividad física presenta un umbral de dolor más elevado y una mayor tolerancia al mismo.

Además, el deporte no sólo influye en el aspecto físico, sino que interfiere en aspectos cognitivos, afectivos y emocionales de la persona gracias a la liberación de componentes opiodes endógenos como las endorfinas que

contribuyen a una mayor sensación de bienestar físico y psicosocial. El yoga es uno de los ejercicios más beneficiosos para el control de las migrañas. Consiste en una pauta de ejercicios lentos que mejoran la oxigenación de los tejidos y favorecen la disminución de trastornos psicológicos como la depresión y el estrés (12).

3. Estrés y trastornos emocionales:

El dolor se ha definido como una experiencia personal influenciada por multitud de factores como la cultura, experiencias pasadas, aspectos psicológicos, cognitivos y emocionales. Cuando se vuelve crónico no afecta solo a nivel físico, sino que produce una gran cantidad de cambios significativos en la vida diaria de quien lo padece que pueden incluso afectar a la salud mental del mismo. Prueba de ello es que numerosos estudios coinciden en que el dolor crónico y los trastornos emocionales están íntimamente relacionados entre sí, bien por actuar como posible factor desencadenante o por ser posible consecuencia (12, 13).



Se le facilitará al paciente una tabla de clasificación de posibles factores desencadenantes en la cual podrá reflejar también la frecuencia del estímulo y la intensidad de la crisis producida.

TABLA DE POSIBLES FACTORES DSENCADENANTES

Factor	<u>Día</u>	<u>Dolor si/no</u>	<u>Intensidad</u>
Chocolate			
Queso curado			
Café			
Naranja/ Limón			
Leche			
Embutido			
Frutos secos			
<u>Otros:</u>			

<p>1: Intensidad leve</p> <p>2: Intensidad moderada</p> <p>3: Intensidad grave</p>

¿Cómo prevenir las crisis agudas de migraña?

Ese mismo día también se les entregará un folleto informativo con consejos higieno-dietéticos y cognitivo conductuales.

¿CÓMO PREVENIR LA MIGRAÑA?

- ◆ Alimentación baja en grasas saturadas.
- ◆ No alcohol ni tabaco.
- ◆ Disminuir el consumo de cafeína.
- ◆ Dieta rica en frutas y verduras.
- ◆ Evitar el ayuno prolongado.
- ◆ Beber 1,5 / 2 L de agua al día.
- ◆ Horarios regulares.
- ◆ Buen descanso nocturno.
- ◆ Estilo de vida activo.
- ◆ Mantener actividades de ocio y entretenimiento.
- ◆ Detectar síntomas de alarma y reducir posibles factores desencadenantes.
- ◆ Mantenga un estado de ánimo positivo.
- ◆ Relájese.



SESIÓN 3:

¿Qué hacer ante una crisis aguda de migraña?

El profesional de enfermería no solo debe centrarse en educar a los pacientes para establecer medidas que prevengan las crisis agudas, sino que también debe ayudar a combatirlas de la mejor manera posible.

En esta tercera sesión, colectiva o individual en función de la disponibilidad del profesional de enfermería y de los pacientes, se ofrecerá una serie de pautas que sirvan como guía a la hora de enfrentarse a una crisis aguda de migraña.

1º Reconoce los síntomas. ¿Hay presencia de aura o posibles factores desencadenantes?

Es necesario que el paciente sea capaz de determinar cuáles son sus síntomas y si pueden o no estar relacionados con algún factor desencadenante para poder poner fin a su estímulo con el objetivo de frenar la evolución de la cefalea.

2º Compara con otras crisis anteriores. ¿La intensidad es similar, más leve o mayor?

Comparar la crisis actual con crisis anteriores puede ser útil para determinar su intensidad y actuar en función de la misma.

3º ¿Qué mecanismo de defensa he utilizado en mi última crisis? ¿Fue eficaz?

Si los mecanismos empleados durante la última crisis han sido efectivos, puede emplear los mismos o incluso otros que supongan una menor limitación de su actividad diaria.

Algunos de los más utilizados por la mayoría de los pacientes con cefalea son: habitación tranquila, reducir los estímulos luminosos y evitar el ruido.

Se indicarán una serie de medidas en función de la intensidad de la cefalea que servirán de guía a la hora de enfrentar una crisis aguda de migraña y que cada paciente podrá adaptar en base a su tolerancia, procurando progresar siempre hacia aquellas que supongan un menor coste en su calidad de vida.

Intensidad leve:

- ❖ Continuar con el ritmo de vida habitual.
- ❖ Evitar el/ los posibles factores desencadenantes.
- ❖ Emplear mecanismos de distracción que disminuyan la percepción del dolor.

Intensidad moderada:

- ❖ Emplear sistemas de relajación y evitar estímulos de gran intensidad como por ejemplo lugares con gran concentración de gente.
- ❖ Aislamiento sensorial moderado o en tiempo limitado en función de la necesidad (media hora, 1 hora, 2 horas...).
- ❖ Recurrir al tratamiento prescrito por el médico.
- ❖ Pasear por un lugar tranquilo y bien ventilado.
- ❖ Posponer obligaciones o factores del entorno que puedan influenciar negativamente en la evolución de dolor.

Intensidad grave:

- ❖ Aislamiento sensorial total.
- ❖ Habitación tranquila sin estímulos luminosos, auditivos u olfativos.
- ❖ Mantener la calma, evitar pensamientos que produzcan aumento de ansiedad.
- ❖ Ir aumentando la actividad en función de la disminución de los síntomas.

Para asegurarnos que el programa de educación se lleva a cabo según las pautas establecidas, antes de finalizar esta sesión se comprobará que toda la información explicada se entendió y que el registro de cefaleas y posibles factores desencadenantes se está realizando correctamente.

Además, para poder realizar una posterior evaluación, se entregará a los pacientes un nuevo calendario de registro de migrañas y se recogerá el calendario cumplimentado entregado en la primera sesión con el que se podremos comparará posteriormente la evolución de sus cefaleas.

ÚLTIMA SESIÓN:

La última sesión tendrá lugar dos meses después de la tercera, dejando el tiempo necesario para el establecimiento de correcciones en los hábitos de vida de los pacientes.

En esta última parte se evaluará el programa, por lo que individualmente, se realizará de nuevo la entrevista y los test de valoración empleados en la primera sesión (cuestionario MIDAS y HIT-6). Se pedirá al paciente que acuda con el calendario que se entregó en la última sesión para compararlo con el primer calendario y poder conocer así cómo ha evolucionado en cuanto a frecuencia, duración e intensidad las crisis agudas de migraña tras los consejos facilitados.

Si tras el desarrollo del programa no han mejorado los dolores de cabeza del paciente, buscaremos las causas y recomendaremos otro tipo de alternativas terapéuticas como la acupuntura, empleada en multitud de patologías que afectan al sistema neurológico.

5. DISCUSIÓN:

El seguimiento inadecuado de los tratamientos, la falta de conocimientos de los pacientes sobre la importancia que tienen los hábitos de vida sobre su enfermedad y los sentimientos de impotencia e incompreensión, pueden llevar a empeorar notablemente la situación de los pacientes con migraña. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental y se encuentran en una buena situación para corregir estos problemas ofreciendo una correcta educación en el ámbito de la salud y colaborando de esta manera en la participación activa de los pacientes en su enfermedad.

Una de las ventajas de este programa de educación para la salud es que permite a los pacientes obtener apoyo moral entre sí y participar tanto en el avance de su enfermedad como en la mejora del programa mediante la puesta en común de sus diversas situaciones. Se pretende poder llevarlo a cabo en una muestra piloto de la población para evaluar estadísticamente si con los resultados obtenidos se cumplen los objetivos y de ser así intentar posteriormente aplicarlo a la población general en los centros de Atención Primaria.

Además, el programa permite la fácil integración y complementación con otro tipo de estrategias o programas que puedan abarcar de manera más amplia y completa alguno de los factores más influyentes en la patología como es el caso del manejo adecuado de la alimentación.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Sánchez SP. Revisión narrativa bibliográfica de la nutrición y la fisioterapia como prevención y tratamiento en la sintomatología de la migraña.[TFG]. Facultad de Fisioterapia, Soria. Universidad de Valladolid. 2016.
2. Visens LS. Actualización en la prevención y tratamiento de la migraña. MEDICINA. 2014; 74(2).
3. Jes Olesen, Lars Bendtsen, David Dodick, Anne Ducros, Stefan Evers, Michael First (y otros). III Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD- III). 2013.
4. David Benavides, Laura Cristina Rodriguez, Jorge Restrepo, Daniela Vargas B. Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no? ANC. 2015; 31(1).
5. Francisco J. Carod-Artal, Pablo Irimia, David Ezpeleta. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento.. Revi Neurol. 2012; 54(10).
6. Tomé MA. El paciente con migraña. El lado humano de la medicina. 2007
7. Manca S. Prevalencia de migraña y su relación con la ingesta de alimentos. Universidad F.A.S.T.A. 2011.
8. AEPAC. Asociación Española de Pacientes con Cefalea. [Internet]. 2017 [consulta el 24 de Enero de 2017 Enero. Disponible en: <http://www.dolordecabeza.net/>.
9. Escudero MJH. Algometría en migraña: variación en sus diferentes situaciones clínicas. [TFG]. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Valladolid. 2016.
10. Martinez Grau. El reto del seguimiento farmacoterapéutico en migraña crónica. Pharmaceutical Care. 2016; 18(3).
11. Valentín Mateos, Juan C. García-Moncó, María Gómez-Beldarrain, Silvia Armengol-Bertolín, Cristina Larios. Factores de personalidad, grado de discapacidad y abordaje terapéutico de los pacientes con migraña atendidos en primera consulta en neurología (estudio Psicoming). Revista de Neurología. 2011; 52(03).
12. Arés AC. Migraña: integración de terapias alternativas en la prevención y atención de enfermería.[TFG]. Facultad de medicina y enfermería. Universidad del País Vasco. Universidad del País Vasco. 2016.
13. Jiménez de Castro, M. Modelo experiencial de la migraña como síndrome psicósomático. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 2015.

7. ANEXOS

ANEXO I: International Clasification of Headache Disorders (ICHD- III).

1. MIGRAÑA

- 1.1 Migraña sin aura
- 1.2 Migraña con aura
 - 1.2.1 Migraña con aura típica
 - 1.2.1.1 Aura típica con cefalea
 - 1.2.1.2 Aura típica sin cefalea
 - 1.2.2 Migraña con aura del tronco encefálico
 - 1.2.3 Migraña hemipléjica
 - 1.2.3.1 Migraña hemipléjica familiar (MHF)
 - 1.2.3.1.1 Migraña hemipléjica familiar de tipo 1 (MHF)
 - 1.2.3.1.2 Migraña hemipléjica familiar de tipo 2 (MHF)
 - 1.2.3.1.3 Migraña hemipléjica familiar de tipo 3 (MHF)
 - 1.2.3.1.4 Otros tipos de migraña hemipléjica famili
 - 1.2.3.2 Migraña hemipléjica esporádica
 - 1.2.4 Migraña retiniana
- 1.3 Migraña crónica
- 1.4 Complicaciones de la migraña
 - 1.4.1 Estado migrañoso
 - 1.4.2 Aura persistente sin infarto
 - 1.4.3 Infarto migrañoso
 - 1.4.4 Crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa
- 1.5 Migraña probable
 - 1.5.1 Migraña sin aura probable
 - 1.5.2 Migraña con aura probable
- 1.6 Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña
 - 1.6.1 Trastorno gastrointestinal recurrente
 - 1.6.1.1 Síndrome de vómitos cíclicos
 - 1.6.1.2 Migraña abdominal
 - 1.6.2 Vértigo paroxístico benigno
 - 1.6.3 Tortícolis paroxístico benigno

ANEXO II: Encuesta inicial de valoración.

Entrevista inicial:

Nombre y apellidos:

Sexo:

Edad:

Peso:

Altura:

1. ¿Qué sabe usted sobre la migraña?
2. ¿Cuáles son sus síntomas? ¿son siempre los mismos o varían?: SI - NO, descríbalos:
3. Frecuencia de sus crisis agudas de migraña:
Semana 15 días 1 mes menos de una crisis al mes
4. Tiempo de duración del dolor:
Menos de 24h 1-3 días más de 3 días
5. Intensidad del dolor:
Leve Moderada Intensa
6. Grado de discapacidad que le produce el dolor:
Leve Moderado Intenso
7. ¿Qué le ayuda a aliviar el dolor? ¿Qué lo empeora?
8. ¿Cómo afecta a su calidad de vida? ¿Trabajo, ocio?:
9. ¿Presenta antecedentes familiares de migraña? SI - NO ¿Quiénes?
10. Otras enfermedades concomitantes:
11. Estilo de vida:
Sedentario Ligeramente activo Moderadamente activo Muy activo
12. Alimentación y hábitos de vida:
13. ¿Qué tratamiento recibe? ¿Es efectivo? SI - NO - Sólo un poco
14. ¿Asocia los dolores de cabeza con algún acontecimiento? SI – NO ¿Cuáles?

ANEXO III: Test HIT-6, encuesta de valoración MIDAS.

Headache Impact Test (HIT-6)

Mide el impacto que tiene el dolor de cabeza en la vida del paciente. Se evalúa en función de la suma de la puntuación obtenida en seis preguntas. A mayor puntuación mayor impacto.

Cuestionario HIT-6:

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza, ¿Con qué frecuencia el dolor es intenso?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre
2. ¿Con qué frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como las tareas domésticas, el trabajo, los estudios o actividades sociales?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre
3. Cuándo tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desearía poder acostarse?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre
4. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado/a para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre
5. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia se ha sentido harto/a o irritado/a debido al dolor de cabeza?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre
6. En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia el dolor de cabeza a limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o sus actividades diarias?
Nunca Pocas veces A veces Muy a menudo Siempre

Nunca = 6
Pocas veces = 8
A veces = 10
Muy a menudo = 11
Siempre = 13

Una vez respondidas las preguntas se realizará la suma de la puntuación total en función del valor asignado a cada respuesta.

Impacto extremo: > 60
Severo: 56 -59
Moderado: 50 – 55
Suave o ninguno: 36 - 49

Migraine Disability Assessment (MIDAS)

Cuestionario que evalúa la discapacidad producida por el dolor de cabeza. Consta de 5 preguntas que miden el grado de discapacidad en función del tiempo que la persona tuvo que emplear en combatir el dolor medido en un intervalo entre 0 y 5 días durante tres meses. La puntuación oscila entre 0 y 25, mostrando un nivel de discapacidad mayor a mayor puntuación. En función de esa puntuación se van a establecer cuatro categorías de discapacidad.

1. ¿Cuántos días en los últimos tres meses usted no pudo asistir al trabajo o a los estudios por sus dolores de cabeza? (0-5):____
2. ¿Cuántos días en los últimos meses usted disminuyó su productividad en el trabajo o en los estudios a la mitad o más por sus dolores de cabeza? (0-5):____
3. ¿Cuántos días en los últimos tres meses usted no pudo realizar sus tareas de la casa por sus dolores de cabeza? (0-5):____
4. ¿Cuántos días en los últimos tres meses usted disminuyó su productividad en sus tareas del hogar por causa de sus dolores de cabeza? (0-5):____
5. ¿Cuántos días en los últimos tres meses usted no pudo participar en actividades familiares, sociales o recreacionales por causa de sus dolores de cabeza? (0-5):____

Grado MIDAS	Definición	Puntuación MIDAS
I	Nula o mínima	0-5
II	Poca	6-10
III	Moderada	11-21
IV	Grave	+ 21

