



CARNET DE CONTROL DE ATAQUES DE MIGRAÑA

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico: _____

	Medicamento(s)	Dosis	Fecha de inicio
1			
2			
3			
4			

BENEFICIOS DEL CALENDARIO

El puntual seguimiento y anotación en este calendario ayudará a diagnosticar a su paciente, ya que:¹



Tendrá un registro de fechas de los ataques de **MIGRAÑA**.



Contará con la descripción de las características de la **MIGRAÑA** (intensidad, duración, síntomas asociados, factores desencadenantes).



Por lo tanto, podrá establecer un tratamiento.

La **MIGRAÑA** es un trastorno que genera dolores de cabeza recurrentes e intensos, localizados con frecuencia en un solo lado de la cabeza y de características pulsátiles (como un latido), acompañados de náusea o vómitos, así como de sensibilidad a la luz o al ruido.²

Los ataques de **MIGRAÑA** pueden durar de **4 a 72 horas**.²

Afecta en mayor proporción a mujeres (**18%**) que a hombres (**8%**).²

Si existe **MIGRAÑA** o antecedentes familiares de migraña, hacer el diagnóstico basado en los antecedentes médicos, síntomas y examen físico.³

La combinación del tratamiento médico y cambios de estilo de vida son beneficiosos para el control de la **MIGRAÑA**.³

FACTORES DESENCADENANTES DE LA MIGRAÑA⁴

PSICOLÓGICOS

- Estrés
- Cambios en el sueño

AMBIENTALES

- Cambios climáticos
- Estímulos visuales (luces brillantes)
- Olores fuertes

HORMONALES

- Cambios en el estrógeno
- Terapia de reemplazo hormonal
- Anticonceptivos orales

MEDICAMENTOS

- Vasodilatadores como la nitroglicerina

FÍSICOS

- Esfuerzo físico intenso

ALIMENTOS/BEBIDAS

- Quesos maduros
- Comida procesada o muy salada
- Alcohol (vino) y bebidas con alto contenido de cafeína
- Omitir comidas y ayuno

¿CÓMO LLENAR EL CALENDARIO?

DÍA	INTENSIDAD	SÍNTOMAS	DURACIÓN	POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES	OBSERVACIONES
20/01/2020	A: Leve (No afecta la vida diaria). B: Moderada (Afecta la vida diaria). C: Severa (Interrumpe el sueño). D: Muy severa (Incapacita).	A: Náusea y vómitos. B: Sensibilidad a la luz, los olores o al ruido. C: Alteraciones visuales o de lenguaje/pinchazo u hormigueo. D: Movimientos involuntarios en la cara. E: Pérdida de la visión, ojo rojo o lagrimeo.	A: Menos de 30 minutos. B: Entre 30 minutos y tres horas. C: Entre 4 horas y 3 días. D: Más de tres días.		
	A ■ B ■ C ■ D ■	A ■ B ■ C ■ D ■ E ■	A ■ B ■ C ■ D ■		

NO. DE AVISO: 203300202C1841 CLAVE DE ALMACÉN: NK20E713

Referencias:

1. Jensen R, Tassorelli C, Rossi P, et al. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. A multicentre European and Latin American study. *Cephalalgia*. 2011;31(15):1549-1560. 2. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la cefalea tensional y migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México. Instituto Mexicano del Seguro Social. 03/11/2016. 3. Mayo Clinic. Migraña [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/migraine-headache/diagnosis-treatment/drc-20360207> Consultado el 23 de enero de 2019. 4. Mayo Clinic. Migraña [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/migraine-headache/symptoms-causes/syc-20360201> Consultado el 23 de enero de 2019.

DÍA	INTENSIDAD	SÍNTOMAS	DURACIÓN	POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES	OBSERVACIONES
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
/ /	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		

