

Cómo tratar la migraña

LORA McGUIRE, RN, MS

PREGUNTA: Mi paciente llegó al servicio de urgencias (SU) con dolor a causa de una migraña que no había disminuido con una medicación que no precisa receta. ¿Por qué esperó tanto antes de pedir ayuda?

RESPUESTA: Muchos pacientes intentan arreglárselas por sí solos con los fármacos que no requieren receta médica hasta que ya no pueden controlar el dolor. También puede deberse a que éstos llegan a cansarse de los episodios repetidos o empiezan a preocuparse por una alteración grave, como un tumor cerebral. Lo que la mayoría de los pacientes no saben es que los medicamentos que no precisan receta médica pueden empeorar la migraña y causar un efecto rebote de dolor de cabeza. Al llevar a cabo educación sanitaria sobre los síntomas tempranos de la migraña y sobre su tratamiento adecuado puede evitar otra visita al SU.

Más que un dolor de cabeza

La migraña afecta a muchísimas personas, mayoritariamente mujeres; no obstante, menos de la mitad de los que la padecen siguen un tratamiento adecuado. No existen pruebas médicas para diagnosticar la migraña pero puede valorarla realizando las siguientes preguntas a su paciente:

- ¿Cuándo empiezan, dónde se localizan, cuál es la duración, las características, los factores agravantes, los síntomas asociados, los factores de alivio y el tratamiento hasta la fecha del dolor de cabeza?
- ¿Qué otros síntomas preceden (como el aura) y acompañan al dolor de cabeza como la fonofobia o la fotofobia?
- ¿Qué antecedentes tiene? También, ¿cuál es su historia cardiovascular? (Algunos fármacos utilizados en el tratamiento para la migraña presentan serios efectos cardiovasculares adversos.)
- ¿Qué tipo de medicamentos que no requieren receta médica está

¿Cómo sé que se trata de migraña?

Utilice el siguiente criterio diagnóstico para determinar si su paciente está experimentando migraña:

- Dolor de cabeza con al menos dos de las siguientes características: localización unilateral, calidad de pulsación, intensidad que inhabilita las actividades de la vida cotidiana, e intensificación con actividad física rutinaria.
- Se acompaña de, por lo menos, una de estas características: los vómitos, la hipersensibilidad a la luz, el ruido o los olores.
- Duración de entre 4 y 72 h.
- Ataques múltiples.
- Que se hayan descartado cualquiera de las otras afecciones que causan dolor de cabeza.

tomando? ¿Está recibiendo algún tipo de hierbas o tratamientos alternativos?

- ¿Qué provoca los ataques de migraña? Por ejemplo ¿le provocan ataques de migraña ciertos olores o alimentos, el hambre, o el período menstrual? (Véase *¿Cómo sé que se trata de migraña?*)

Tratar la migraña

El tratamiento con medicación abortiva o preventiva depende del grado de incapacidad asociado con el episodio de dolor.

Una medicación abortiva funciona aliviando la inflamación y reduciendo la gravedad y la duración del ataque de migraña. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el naproxeno y el ibuprofeno, son fármacos efectivos de primera elección para algunos casos de dolor de cabeza. La metoclopramida tomada por vía oral puede incrementar la absorción farmacológica y ayudar a evitar las náuseas.

Los triptanos han demostrado ser muy efectivos para el dolor por migraña. Existen cinco tipos de triptanos en el mercado: sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán y almotriptán. Estos fármacos, disponibles en formato oral, parenteral o en nebulizador nasal, están contraindicados en caso de pacientes con antecedentes de

enfermedad cardiovascular o vascular periférica, o en caso de hipertensión. La dosificación debería ajustarse a no más de dos dosis diarias.

En caso de que un triptano esté contraindicado o no sea efectivo, el médico puede prescribir un nebulizador nasal de acción vasoconstrictora de dihidroergotamina. Hay un fármaco de combinación que contiene paracetamol, un vasoconstrictor y un sedante.

Los medicamentos de segunda elección para el tratamiento de la migraña incluyen el grupo más antiguo de fármacos ergotamínicos, como una mezcla de ergotamina y cafeína, ketorolaco parenteral, butorfanol en nebulizador nasal y dihidroergotamina intravenosa o intramuscular. Enseñe a su paciente que el abuso de cualquiera de los medicamentos puede causar un efecto rebote e incluso dolor de cabeza diario crónico, cuyo tratamiento es mucho más difícil.

Los medicamentos preventivos, como los bloqueadores beta, los bloqueadores de los canales del calcio, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y el divalproex, se ha comprobado que son efectivos para reducir la frecuencia de los episodios de dolor de cabeza. Las mujeres que presentan dolores de cabeza hormonales debido a la retirada de estrógenos pueden beneficiarse de los anticonceptivos orales para mantener las concentraciones de éstos.

Identificar los factores

Ayude a su paciente a identificar qué desencadena sus ataques de migraña para intentar reducir su frecuencia. Los factores más comunes son el estrés, los cambios climáticos, los cambios perimenstruales, saltarse comidas, las luces brillantes o intermitentes, la falta de horas de sueño, ciertos alimentos (vino tinto, queso), el perfume y otros olores fuertes, el humo de cigarrillos, demasiadas horas de sueño y el ejercicio.

Para averiguar qué desencadena sus migrañas y qué medicamentos aliviarán el dolor, aconsejele que escriba un diario. Durante cada episodio debería escribir qué pasó antes de la migraña y qué medicación le alivió el dolor. Para obtener una copia de un diario para la migraña, que puede fotocopiar, visite el centro de información sobre la migraña de JAMA en <http://www.ama-assn.org/special/migraine/support/education/diary.htm>.

Para obtener copias de las guías clínicas de actuación para la migraña de la International Headache Society visite la página en <http://www.i-h-s.org> o llame a Blackwell Science Society Membership, al +44 (0) 1865 206180. ①

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Adelman, J. y Adelman, R.: "Current Options for the Prevention and Treatment of Migraine", *Clinical Therapeutics*. 23(6):772-788, Junio 2001.

Braunwald, E. et al.: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Nueva York, N.Y., McGraw-Hill Co., Inc., 2001.

Goadsby, P., et al.: "Migraine - Current Understanding and Treatment," *The New England Journal of Medicine*. 346(4):257 - 270, 24 de Enero, 2002.

Lipton, R., et al.: "Migraine Diagnosis and Treatment: Results from the American Migraine Study II," *Headache*. 41(7): 638 - 645, Julio-Agosto 2001.

Lora McGuire es profesora de enfermería en el Joliet Junior College (Ill.).

**WEB SELECCIONADAS**

National Headache Foundation (Fundación Nacional del Dolor de Cabeza):
<http://www.headaches.org>

JAMA Migraine Information Center (Centro de información sobre la migraña JAMA)
<http://www.ama-assn.org/special/migraine>

American Council for Headache Education (Consejo americano para la educación sobre la migraña) <http://www.achenet.org>

Migraine Awareness Group (Grupo para la concienciación de la migraña)
<http://www.migraines.org>

...Sobre la tos ferina

BECKY LIEN MUNSON, RN

MITO: REALIDAD:

La tos ferina implica una infección viral similar a la gripe.

La tos ferina, o pertusis, es una infección bacteriana aguda del tracto respiratorio causada por *Bordetella pertussis*, un baciloco aeróbico gramnegativo. La bacteria tiene un período de incubación de entre 6 y 21 días (lo normal es que sea de entre 7 y 10 días).

MITO: REALIDAD:

Los niños ya no necesitan ser vacunados contra la tos ferina porque está erradicada a escala mundial gracias a las vacunas.

La incidencia de la tos ferina en muchos países industrializados descendió después de que se desarrollara la vacuna contra la pertusis en la década de los años cuarenta, pero la enfermedad nunca llegó a erradicarse. Ha habido un aumento de los casos desde 1980, especialmente entre adolescentes y adultos. En los países en los que los niños no son vacunados de forma sistemática, la tos ferina afecta a 51 millones y mata a 600.000 personas cada año.

MITO: REALIDAD:

La vacuna contra la pertusis causa reacciones adversas peligrosas.

Desde 1996 se han desarrollado nuevas vacunas acelulares para el pertusis que causan menos reacciones adversas que la antigua vacuna celular. Estas nuevas vacunas normalmente se combinan con la de la difteria y la del tétanos en las primeras cuatro dosis de las cinco que reciben los bebés y los niños.

MITO: REALIDAD:

La tos ferina tiene un curso de entre 5 y 10 días.

La fase inicial consiste en síntomas similares a los de un resfriado durante una o 2 semanas. A continuación, la fase paroxística se caracteriza por episodios graves de tos durante 2 o 4 semanas. Los bebés y los niños pueden toser tan fuertemente que se vuelven cianóticos y jadean al respirar, provocando el sonido característico que ha dado nombre a la enfermedad. La tos es menos grave en la fase de convalecencia, que suele durar entre 3 y 4 semanas, pero puede continuar durante meses.

MITO: REALIDAD:

Los antibióticos son el tratamiento de elección en cualquier fase de la enfermedad bacteriana.

Los antibióticos son muy efectivos en la fase inicial de la enfermedad. Sin embargo, debido a que los síntomas durante ésta son similares a los de un resfriado, los pacientes pueden no ser diagnosticados hasta que empieza la segunda fase, en la que los antibióticos son menos efectivos. Los cuidados en esta fase son de apoyo, incluyendo líquidos intravenosos para tratar la deshidratación, si está indicado. ①

Becky Lien Munson es supervisora de enfermería en la Washington School para Sordos en Vancouver, Wash. Las referencias seleccionadas para este artículo están disponibles a petición.