

*EXISTEN ALGUNOS **FACTORES** QUE PUEDEN DESENCADENAR UN **ATAQUE DE MIGRAÑA**. EN LA TABLA SIGUIENTE TIENES ALGUNOS DE LOS DESENCADENANTES MÁS CONOCIDOS:

PSICOLÓGICOS

- ESTRÉS
- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN

HORMONALES

- PERIODO PREMENSTRUAL Y MENSTRUAL
- OVULACIÓN
- ANOVULACIÓN
- TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

CAMBIOS HORARIOS

- PERIODO POSESTRÉS (FIN DE SEMANA, VACACIONES)

ALIMENTARIOS

- ALCOHOL
- QUESOS
- AYUNO
- COMIDAS RICAS EN NITRITOS, GLUTAMATO MONOSÓDICO, ASPARTAMO

AMBIENTALES

- ESTÍMULOS VISUALES
- OLORES
- CAMBIOS ATMOSFÉRICOS
- ALTITUD ELEVADA

SUEÑO

- EXCESO Y DÉFICIT DE SUEÑO

FÁRMACOS

- NITROGLICERINA
- RESERPINA
- ESTRÓGENOS

OTROS

- TRAUMATISMO CRANEAL
- EJERCICIO FÍSICO
- CANSANCIO

CALENDARIO DE SEGUIMIENTO DE TUS ATAQUES DE MIGRAÑA

¿QUÉ ES?

El **calendario de ataques de migraña** es una tabla donde puedes recoger el número de **ataques** de migraña, las **características** de cada ataque y los **fármacos** que utilizas para tratar cada crisis.

¿CUÁLES SON SUS BENEFICIOS?

Rellenar un calendario te ayudará a:



REALIZAR UN **SEGUIMIENTO** DE LA MIGRAÑA



EXPLICAR A TU **MÉDICO** LA EVOLUCIÓN DE LA MIGRAÑA



ENCONTRAR LAS PAUTAS DE **TRATAMIENTO** MÁS EFICACES PARA TI



DETECTAR A TIEMPO SI LA CEFALEA HA **EVOLUCIONADO** Y SI ES NECESARIO REDUCIR, AUMENTAR O CAMBIAR LA MEDICACIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO

RELLENA LA TABLA CON LA INFORMACIÓN QUE ENCONTRARÁS EN EL EJEMPLO DE LA PRIMERA FILA

DÍA	INTENSIDAD	SÍNTOMAS ADICIONALES	DURACIÓN	FÁRMACOS UTILIZADOS	POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES (MÁS INFORMACIÓN DETRÁS*)
	<p>A LEVE (No afecta la vida diaria)</p> <p>B MODERADO (afecta a la vida diaria)</p> <p>C SEVERA (interrumpe el sueño)</p> <p>D MUY SEVERA (incapacita)</p>	<p>A ESPASMO FACIAL</p> <p>B SENSIBILIDAD A RUIDO / LUZ / OLORES</p> <p>C EDEMA PALPEBRAL / OJO ROJO O LAGRIMEO</p> <p>D ALTERACIONES VISUALES, DEL LENGUAJE O DE LA SENSIBILIDAD</p> <p>E Náuseas y vómitos</p> <p>F NINGUNO EN ESPECIAL</p>	<p>A SEGUNDOS O MINUTOS</p> <p>B ENTRE 30 MIN Y 3 HORAS</p> <p>C ENTRE 4 HORAS Y 3 DÍAS</p> <p>D MÁS DE 3 DÍAS</p>		
14 / 09 / 2016	<p>A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		
/ /	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	<p>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p>		

RELLENA LA TABLA CON LA INFORMACIÓN QUE ENCONTRARÁS EN EL EJEMPLO DE LA PRIMERA FILA

DÍA	INTENSIDAD	SÍNTOMAS ADICIONALES	DURACIÓN	FÁRMACOS UTILIZADOS	POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES (MÁS INFORMACIÓN DETRÁS*)
	<p>A LEVE (No afecta la vida diaria)</p> <p>B MODERADO (afecta a la vida diaria)</p> <p>C SEVERA (interrumpe el sueño)</p> <p>D MUY SEVERA (incapacita)</p>	<p>A ESPASMO FACIAL</p> <p>B SENSIBILIDAD A RUIDO / LUZ / OLORES</p> <p>C EDEMA PALPEBRAL / OJO ROJO O LAGRIMEO</p> <p>D ALTERACIONES VISUALES, DEL LENGUAJE O DE LA SENSIBILIDAD</p> <p>E Náuseas y vómitos</p> <p>F NINGUNO EN ESPECIAL</p>	<p>A SEGUNDOS O MINUTOS</p> <p>B ENTRE 30 MIN Y 3 HORAS</p> <p>C ENTRE 4 HORAS Y 3 DÍAS</p> <p>D MÁS DE 3 DÍAS</p>		
14 / 09 / 2016	A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" 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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <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"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		