



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

La cefalea y la salud del trabajador de enfermería: análisis de una realidad

A cefaléia e a saúde do trabalhador de enfermagem: análise de uma realidade

*Moraes Moraes, E., **Maciel Dutra, L., ***Fontana, RT.

*Enfermera. Servidora Pública de la Secretaría de Salud de la Prefectura Municipal de Entre-Ijuis/RS/BR. E-mail: edinara_moraes@yahoo.com.br **Enfermera. Servidora Pública de la Secretaría de Salud de la Prefectura Municipal de Santo Ângelo/RS/BR. ***Enfermera. Mestre y Doctoranda en Enfermería por la UFRGS/RS/BR. Profesora de los cursos de Graduación y Pos-Graduación de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguai e das Missões - Campus Santo Ângelo/RS. Brasil.

Palabras clave: cefalea; prevalencia; equipo de enfermería.

Palavras-chave: cefaléia; prevalência; equipe de enfermagem

Keywords: headache; prevalence; nursing team.

RESUMEN

Este es un estudio transversal que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del dolor de cabeza en un equipo de enfermería en un hospital de la comunidad en el interior de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario auto-administrado a todos los empleados del equipo, haciendo un total de 168 sujetos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva según el análisis de la distribución de frecuencias. La prevalencia de la cefalea en la población estudiada fue de 98%. El estrés fue citado como un factor desencadenante en el 68% de los cuestionarios analizados y el tratamiento farmacológico se utiliza por el 86% de esta población. La migraña y la cefalea tensional son los tipos predominantes. Los datos muestran que la cefalea puede ser considerada como un importante problema de salud pública del trabajador de enfermería y, por tanto, ponen de manifiesto la necesidad de inversiones en un ambiente sano para ellos.

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal que teve como objetivo verificar a prevalência da cefaléia em uma equipe de enfermagem de uma comunidade hospitalar do interior do Rio Grande do Sul/BR. A coleta dos dados foi feita mediante um questionário auto-aplicável, a todos os trabalhadores da equipe, perfazendo um total de 168 sujeitos. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, por meio da análise da distribuição de frequência. A prevalência de cefaléia encontrada na população estudada foi de 98 %. O estresse foi citado como fator desencadeante em 68% dos questionários analisados e o tratamento farmacológico é utilizado por 86 % desta população. Enxaqueca e cefaléia tensional foram os tipos prevalentes. Os dados demonstram que

a cefaléia pode ser considerada um importante agravo à saúde do trabalhador de enfermagem e, por isso, revelam a necessidade de investimentos em ambiência saudável para os mesmos.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study aimed to determine the prevalence of headaches in a nursing team in a community hospital in inland Rio Grande do Sul/BR. Data collection was made by a self-administered questionnaire to all employees of the team, making a total of 168 subjects. Data were analyzed using descriptive statistics by analyzing frequency distribution. The prevalence of headaches found in the study population was 98%. Stress was cited as a trigger factor in 68% of the questionnaires analyzed and pharmacological treatment is used for 86% of this population. Migraine and tension headache were the prevalent types. The data show that headaches can be considered a major public health problem in nursing and, therefore, reveal the need for investments in healthy nursing environments.

INTRODUCCIÓN

Según la Ley Orgánica de la Salud de Brasil⁽¹⁾, en su artículo 6º parágrafo 3º, la salud del trabajador comprende un conjunto de actividades que se destina, a través de las acciones de vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria, a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores sometidos a los riesgos y problemas derivados de las condiciones de trabajo. El trabajo, entre otros, es considerado como uno de los factores determinantes y condicionantes de la salud y un importante campo para la aplicación de las políticas que tengan como propósito la prevención de problemas y la mejora de la calidad de vida.

De entre los problemas de salud relacionados con el trabajo, destacamos la cefalea como una manifestación de diversas enfermedades ocupacionales constantes en la lista de las enfermedades relacionadas con el trabajo⁽²⁾. Incluso cuando aparece aisladamente, como entidad primaria y sin relación con otras enfermedades, resulta un problema importante para la salud del trabajador, perjudicando su capacidad laboral.

La cefalea es una de las manifestaciones dolorosas más frecuentes en la humanidad, experimentándola prácticamente todos los seres humanos en alguna fase de la vida. Como otros dolores, funciona como una señal de alerta que puede ser interpretada diferentemente en cada individuo de acuerdo con sus experiencias dolorosas anteriores⁽³⁾.

Se han realizado estudios epidemiológicos para obtener datos acerca de las características de la cefalea en los profesionales de la salud. Estos estudios muestran que representa un significativo impacto en la calidad de vida de los trabajadores, pues, además del dolor, aparecen síntomas asociados como dolores en el cuerpo y limitaciones físicas que comprometen la vida social, profesional y familiar. Las crisis varían según la intensidad del dolor, los síntomas asociados y la frecuencia de las mismas. En general, son más comunes en las mujeres y poseen prevalencia significativa en la comunidad hospitalaria, constituyendo factor de absentismo. Contribuyen a esta condición, además del estrés inherente al trabajo, los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo, la doble jornada, la disminución de las horas de sueño para los trabajadores nocturnos, entre otros⁽⁴⁻⁶⁾.

En un estudio realizado en Fortaleza, junto a 22 trabajadores de un hospital, la cefalea aparece como el cuarto síntoma relacionado con el trabajo, precedido por problemas osteomusculares y desgaste físico⁽⁷⁾.

Tanto los que participan en la atención directa a los pacientes, como los equipos de apoyo burocrático/administrativo o técnico, sufren de ese desorden con índices de prevalencia significativos⁽⁴⁻⁶⁾.

Inicialmente, podemos clasificar las cefaleas como primarias cuando no ocurren en función de otra enfermedad y secundarias cuando se presenta como un síntoma de una condición patológica subyacente⁽⁸⁾. Las cefaleas primarias que ocurren con mayor frecuencia son la jaqueca y la cefalea de tipo tensional⁽⁴⁻⁵⁾. Datos de una investigación junto a trabajadores de un hospital mostraron que, entre los portadores de dolor de cabeza crónica 65,5% fueron clasificados como portadores de jaqueca y 27,6 % como portadores de cefalea de tipo tensional⁽⁵⁾.

Basándonos en la prevalencia apuntada por los estudios referentes al tema y de acuerdo con los criterios de la Sociedad Brasileña de Cefalea⁽⁸⁾, se optó por caracterizar en este estudio, solo los dos tipos de cefalea de ocurrencia más frecuente, o sea la jaqueca y la cefalea tensional.

La jaqueca es una dolencia neurovascular en la cual suceden crisis repetidas de dolores de cabeza con frecuencia variable. El dolor, generalmente, es hemicraniano, o sea, se da en la mitad de la cabeza, y está asociado a náuseas, vómitos, malestar con la exposición a la luz y a ruidos altos, pudiendo durar hasta 72 horas. Puede también ir acompañado de un conjunto de síntomas neurológicos, llamado aura que comprende síntomas como escotomas resplandecientes, fallos en el campo visual, parestesias, entre otros⁽⁸⁾.

Algunos investigadores atribuyen la fisiopatología de la cefalea a la ocurrencia de eventos vasculares, siendo el aura derivada de la vasoconstricción y el dolor propiamente dicho consecuencia de la vasodilatación⁽⁹⁻¹⁰⁾. También se consideran alteraciones en la bioquímica cerebral, incluyendo desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Las crisis leves pueden ser resueltas con medidas simples como sueño y reposo, mientras que las crisis moderadas o graves necesitan de tratamiento prescrito por el médico. El reconocimiento de los factores desencadenantes de las crisis, por parte del propio portador de los síntomas, puede ser necesario para el posible cambio o reducción de la exposición a los mismos⁽⁸⁾.

La cefalea tensional puede ser descrita como una sensación de angustia, presión o peso, de localización bilateral, principalmente en las regiones occipital, frontal y apical, con intensidad leve o moderada. Puede ser aliviada con relajación o actividad física y no tiene síntomas asociados. En la gran mayoría de las crisis está asociada a alteraciones emocionales, estrés psicosocial, tensión y ansiedad. Alteraciones bioquímicas y en los nociceptores, así como contractura muscular regional son consideradas en estudios acerca de la fisiopatología de este tipo de cefalea, aunque no hay consenso entre los investigadores⁽⁸⁾.

Como el proceso de cuidar incluye el estado de bienestar, se cree que un profesional afectado por cualquier tipo de dolor podrá tener dificultades en desempeñar su papel de cuidador con eficiencia y eficacia con el consiguiente reflejo en su vida personal, disminuyendo significativamente la calidad de vida del sujeto. En ese sentido, es fundamental articular acciones de promoción de la salud del trabajador como un mecanismo para la mejora de la atención de salud en general.

El objetivo de esta investigación consiste en verificar la prevalencia de cefalea entre el equipo de enfermería en una comunidad hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación de enfoque cuantitativo, de tipo transversal y descriptivo, realizado en un hospital de tamaño medio localizado en la región Noroeste del estado de Rio Grande do Sul (BR), en el primer semestre de 2009. El hospital, en el momento de la investigación, contaba con 176 camas de ingreso en las siguientes clínicas: Centro Quirúrgico, Unidad de Terapia Intensiva adulto, Pediatría, Maternidad, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Emergencia, Urgencia y Banco de Sangre. El equipo de profesionales constaba de 100 médicos, 19 enfermeros, 162 técnicos y 20 auxiliares de enfermería. El hospital tiene atención por convenios, Sistema Único de Salud y atención a particulares.

Participaron en la investigación 19 profesionales enfermeros y 143 técnicos/auxiliares de enfermería, de una población de 168 trabajadores en actuación en el hospital turno de día, en las diversas unidades del hospital. Los criterios para inclusión fueron: pertenecer al cuadro funcional del hospital en estudio; pertenecer al equipo de enfermería; aceptar participar. No fue intención del estudio clasificar los datos por categoría profesional. Se optó por incluir al auxiliar y al técnico de enfermería en la misma categoría, considerando que en la institución investigada estos trabajadores desempeñan la misma función, independiente de los años de estudio/grado de escolaridad.

Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario autoaplicable, el instrumento utilizado fue un formulario conteniendo preguntas cerradas relativas a la semiología de la cefalea, caso de que el sujeto manifestase positivamente la ocurrencia de ese síntoma. Fue construido por los investigadores, con alternativas simples, seleccionándose variables que atendiesen a la sintomatología de las diferentes clasificaciones de la cefalea para sistematizar el análisis, respetándose la literatura del área en lo que se refiere a las especificidades indispensables para la investigación del dolor en adultos. El instrumento versó sobre la unidad en que el sujeto trabajaba, categoría profesional, ocurrencia o no de cefalea, factores desencadenantes, señales y síntomas de dolor y asociados a las crisis, periodo del día de mayor ocurrencia del dolor, impacto del dolor en el cotidiano, intensidad del dolor, frecuencia del dolor, factores contribuyentes para el final de las crisis y terapéutica utilizada para el alivio del dolor. Algunas preguntas permitían más de una respuesta.

Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva, mediante distribución de la frecuencia de las variables.

A los participantes se les ofreció un Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, el cual fue firmado tras aceptar la participación. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguai y de las Missões-campus Santo Ângelo(RS/BR) bajo protocolo n.069-04/PPH/08.

RESULTADOS

Solo dos trabajadores dijeron no sufrir cefalea, siendo, por tanto, la prevalencia de esta dolencia, en el equipo de enfermería, de 98%, resultando que, de entre los participantes, el auxiliar/técnico de enfermería fue la categoría en que más la citó. Dolor de tipo pulsátil, constrictivo, en las regiones frontal, temporal y cervical, de localización bilateral y unilateral respectivamente, fueron las características semiológicas predominantes, lo que sugiere que los tipos prevalentes, en la población estudiada, sean las cefaleas vasculares y tensionales. Dolor localizado en la región frontal fue citado por 54%, en la región temporal por 21%, cervical por 16% y ocular por 9 %. La localización bilateral está presente en 65% de los sujetos y unilateral en 27%; 8% no respondieron.

En cuanto a la intensidad de las crisis el dolor se consideró moderado por 61% de los encuestados, floja por 22% e intensa por 17%. En cuanto a la frecuencia de las crisis, ocurren raramente en 34% de los sujetos, una vez por mes en 23%, una vez por semana en 17%, dos a tres veces por semana en 16% y diariamente en 4%; 6% no respondieron.

La cefalea fue citada aisladamente, sin otros síntomas asociados, por 62%. Los síntomas predominantes, asociados a las crisis de cefalea, fueron náusea, fotofobia, fonofobia, vómito y parestesia.

El dolor se inicia más comúnmente en los periodos de la tarde y mañana, respectivamente, con duración entre 30 minutos a 7 días en 96 % de la población analizada. En cuanto a la convivencia con la cefalea, 44% citó que convive con el dolor por tiempo igual o superior a 3 años, 27% por tiempo inferior a 1 año y 29% no supo responder.

Fueron factores desencadenantes comunes de la cefalea mencionados con mayor frecuencia: estrés (68%); menstruación (60%); sueño (31%); ruidos altos (22%); temperaturas elevadas (18%); luminosidad, ayuno y alimentación (12%) y olores (11%). Nótese que las variables fueron citadas más de una vez.

Los factores más citados que predisponen la cefalea durante la rutina de trabajo fueron el estrés (34%), la sobrecarga de trabajo (21%), la alimentación y el ayuno prolongado (12%) y el cansancio (7 %); 26% no respondieron.

Al analizarse la ocurrencia de la cefalea de acuerdo con la unidad de trabajo, los datos mostraron que la dolencia fue más referenciada, respectivamente, en las unidades de ingreso quirúrgico, pronta atención (urgencia y emergencia) y unidad de ingreso clínica. En todas las unidades fue prevalente la referencia del estrés y de la sobrecarga de trabajo como factores desencadenantes del dolor asociados a la rutina de trabajo.

En el contexto del hospital analizado, la prevalencia de trabajadores con cefalea se dio en unidades en las que se observa mayor flujo de pacientes y sobrecarga de actividades a ser desarrolladas, lo que las configura como agentes estresantes. La sobrecarga de trabajo es un problema constante en la gran mayoría de las instituciones de salud brasileñas. La escasez de profesionales y la rutina fatigante pueden ser responsables del absentismo/abandono ocasionado por las licencias derivadas de las enfermedades ocupacionales y cansancio, aumentando la carga de aquellos que permanecen trabajando, reiniciándose el ciclo.

Es válido resaltar que, a pesar de la significativa prevalencia del estrés y de la cefalea, citados por los trabajadores del sector de unidad de urgencia/emergencia, este ambiente ofrece algunas satisfacciones a los profesionales, tales como la posibilidad de la 'preservación' de la vida humana y el *status* conferido a este sector dentro del hospital, siendo considerada una de las unidades 'detentoras' de los mejores profesionales, dada la exigencia derivada de la diversidad y complejidad de las situaciones de cuidado, sobre las cuales exige conocimiento y capacidad creativa, lo que impide que las actividades se vuelvan rutinarias y posibilita una mayor satisfacción de sus profesionales.

El dolor de tipo constrictivo y de localización frontal y bilateral fue más referenciado en las unidades de ingreso quirúrgico y centro de material esterilizado. En cambio en unidades como ingreso clínico, pediatría, bloque quirúrgico, ambulatorio, maternidad (centro obstétrico) y terapia intensiva la prevalencia, en cuanto al tipo de dolor, fue de tipo pulsátil, frontal, uni o bilateral.

En cuanto al impacto que la cefalea produce en el cotidiano de la población estudiada, en 42% de los cuestionarios analizados el problema no interfiere en el cotidiano; en 40% interfiere poco; 13% interfiere mucho; 2% inhibe las actividades y 1% impide las tareas; 2% no respondieron. El perjuicio profesional y social se consideró pequeño por 76%; moderado por 22%; intenso por 1% y ausente por 1%.

Cuando fueron preguntados por la existencia de enfermedades asociadas 13% hicieron referencia a alguna patología subyacente. Con esto se infiere que 87% de las cefaleas son primarias. Las enfermedades subyacentes citadas fueron: hipertensión arterial, rinitis alérgica, síndrome del intestino irritable, enfermedades respiratorias, sinusitis, desgaste en la articulación de la mandíbula, hernia de disco, astigmatismo, herpes ocular, diverticulitis, 'problemas' en la columna cervical y lupus eritematoso sistémico.

Entre los factores que contribuyen al final de las crisis, los medicamentos fueron los más citados (86%), seguido de reposo (49%), sueño (36%), ocio (8%) y terapias orientales como acupuntura y auriculoterapia (6%). Se citó más de una variable.

El tratamiento farmacológico es utilizado por 86% de la población estudiada y los fármacos más citados fueron analgésicos en general como paracetamol, Neosaldina® (mucato de isometepto, dipirona sódica y cafeína anidra), dipirona sódica y Dorflex® (citrate de orfenadrina, dipirona sódica y cafeína).

El ritmo exhaustivo de trabajo, trabajo en turnos, demanda excesiva de pacientes acompañada de deficientes recursos, son factores que exponen al trabajador al riesgo de enfermar y al sufrimiento físico y mental. Invertir en mejorar las condiciones de trabajo puede garantizar calidad de vida, considerando que el trabajo es un determinante de salud y/o enfermedad y la realidad de muchos hospitales brasileños es que, frecuentemente, dimensionan inadecuadamente sus recursos humanos, lo que genera organización deficitaria del trabajo de la enfermería, contribuyendo a la desorganización y o destrucción de ambientes saludables.

DISCUSIÓN

Los datos de esta investigación no difieren de la mayoría de los estudios sobre la temática. En estudio realizado en Santa Catarina (BR), la prevalencia de cefalea entre los trabajadores de un hospital formado por enfermeros, técnicos, administrativos y de apoyo, fue de 74,1% y el auxiliar de enfermería fue la categoría que más refirió el problema⁽⁶⁾. Las cefaleas del tipo migraña (jaqueca) y tensional fueron prevalentes en un estudio realizado en Paraná (BR)⁽⁵⁾ y síntomas asociados a las crisis de cefalea como náusea, fotofobia, fonofobia, vómito fueron encontrados prevalentes y semejantes a los del presente estudio. De la misma forma, casi la mitad de los trabajadores investigados en un hospital de São Paulo refirieron sufrir esta dolencia con 2 a 4 crisis por mes, lo que puede representar, aproximadamente, una crisis por semana⁽⁴⁾.

El estrés como factor desencadenante de cefalea también fue encontrado en otras investigaciones realizadas en comunidades hospitalarias⁽⁵⁻⁶⁾. Es probable que el estrés sobrevenga de contratiempos de un cotidiano particularmente exhaustivo, configurado por bajos salarios, sobrecarga de trabajo subsidiada por la doble/triple jornada, entre otras características del trabajo del equipo de enfermería, en especial del auxiliar/técnico, que acumula actividades de doble empleo con actividades domésticas. Es común que estos trabajadores estén sometidos a pocas horas de sueño diariamente, por el exceso de trabajo⁽⁶⁾.

Un estudio realizado junto a 12.988 individuos japoneses con edades entre 20-79 años demostró que la probabilidad de tener dolores de cabeza aumentó con el nivel de estrés de estos sujetos⁽¹¹⁾.

Es oportuno destacar que estudios sobre estrategias de enfrentamiento adoptadas por pacientes con dolor de cabeza apuntan una tendencia a atribuir carácter ansiogénico a eventos triviales, con incapacidad de enfrentarlos de forma eficaz. Casos clínicos han demostrado “frecuencia significativa de comportamientos de fuga y recusa asociados a una actitud de conformismo y sentimientos de desamparo cuando el problema parece escapar al control”, características adversas que pueden contribuir al agravamiento del cuadro clínico de dolor, ocasionando implicaciones sistémicas para la vida del individuo^(12: 147) lo que puede relacionarse con el estrés.

La prevalencia de acuerdo con el género no fue analizada en este estudio, ya que la población actuante en enfermería en el hospital analizado es predominantemente femenina. Sin embargo, algunos estudios sobre el tema revelan predominio de la cefalea en el sexo femenino y en personas adultas⁽⁶⁾ y otros sugieren asociación entre el estrés y la cefalea del tipo tensional en este género, hecho atribuido probablemente a las fluctuaciones cíclicas de estrógeno y progesterona⁽¹³⁾.

Una investigación que cuenta entre sus objetivos evaluar la presencia de cefalea antes de la gestación, así como su comportamiento durante los trimestres gestacionales, inclusive en el grupo de mujeres que presentaba cefalea menstrual pre-existente, de 1.101 mujeres grávidas entre 12 y 45 años de edad mostró que presentaban cefalea 96,73% de las mujeres. De las 1.101 que componen este dato, 1.029 presentaban cefalea antes de la gestación y solo 36 presentaron cefaleas iniciadas durante la gestación, o sea, hay mejora o desaparición del dolor en la gestación, principalmente durante el segundo y el tercer trimestre gestacional⁽¹⁴⁾.

Hay una intrínseca relación entre el período perimenstrual y la ocurrencia de cefalea y el desencadenante primario de la cefalea asociada a la menstruación parece ser la “remoción del estrógeno más que el mantenimiento de sustentados niveles altos o bajos”. Las alteraciones en estos niveles como en la gravidez, por el aumento y en la menopausia, por la disminución, parecen afectar a las cefaleas^(15:12).

La Sociedad Brasileña de Cefalea establece una distinción entre los tipos de cefalea que ocurren en el periodo perimenstrual. La migraña menstrual verdadera consiste en una jaqueca sin aura que ocurre exclusivamente en el período comprendido entre 2 días antes del inicio de la menstruación y hasta 2 días después de su término. Ahora, la migraña con agravamiento en el periodo menstrual ocurre en cualquier parte del ciclo, con aumento de la frecuencia y/o de la intensidad en el periodo perimenstrual⁽¹⁶⁾.

Un estudio que investigó las principales quejas de salud de profesionales de enfermería de un hospital público en la ciudad de Brasilia (BR) verificó que de los veinte profesionales entrevistados, 40% de los técnicos respondieron que presentan cefalea (tipo jaqueca) con frecuencia. Es un dato preocupante, pues la jaqueca puede estar asociada al exceso de trabajo, principalmente nocturno, condiciones generadoras de insatisfacción y estrés, además de que sirve de alerta para que el individuo investigue con más atención ese problema, con miras a la prevención de futuras ocurrencias más graves, tales como el accidente vascular cerebral⁽¹⁷⁾. Factores como número reducido de trabajadores, sobrecarga de trabajo, necesidad de realización de tareas en corto espacio de tiempo, relación con

familiares y pacientes e indefinición del papel de cada profesional, hacen algunos ambientes más estresantes que otros⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con las orientaciones de la Sociedad Brasileña de Cefalea, en los casos en que la alimentación es factor que desencadena la cefalea, se recomienda la restricción dietética específica e individualizada⁽¹⁶⁾. En cuanto al ayuno prolongado, es de fundamental importancia que se permita al profesional, durante el turno de trabajo, pausa para alimentación sin perjuicio del desarrollo de las actividades, lo que supone recursos humanos en número suficiente.

Un estudio realizado en Taiwan, identificó que los métodos más utilizados por la enfermería para aliviar la cefalea eran dormir/descansar, medicarse, y procurar ayuda médica y psicológica⁽¹⁹⁾.

La Sociedad Brasileña de Cefalea recomienda, en las crisis débiles, que se intente el descanso en cuarto oscuro y silencioso, y, si es posible, conciliar el sueño. Otras medidas como el uso de bolsas de hielo y/o compresión de las arterias temporales pueden ser útiles. El tratamiento farmacológico debe ser iniciado solo en las crisis que no cedan con tales medidas, estando indicado el uso de analgésicos comunes, antiinflamatorios no esteroideos y antieméticos cuando los síntomas de náusea y vómito vayan asociados⁽¹⁶⁾.

En otras investigaciones semejantes al estudio aquí discutido, el tratamiento farmacológico es prevalente para aliviar las crisis⁽⁵⁻⁶⁾, por ello pueden usarse otras opciones. Una experiencia realizada por enfermeras junto a alumnas de un Curso de enfermería demostró que la acupuntura es una terapia eficaz en la disminución de la intensidad y frecuencia de crisis de cefalea, funcionando como importante práctica alternativa en el tratamiento del dolor⁽³⁾.

CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos con esta investigación fue posible percibir que la cefalea puede considerarse un problema importante para la salud de los trabajadores de enfermería. Su considerable prevalencia enfoca la necesidad de proyectos que tiendan a mejorar la salud del trabajador por medio de acciones propositivas en el ambiente de trabajo, así como soporte psicológico para enfrentar situaciones cotidianas adversas, que pueden generar estrés, principal factor desencadenante de las cefaleas en esta comunidad.

Se acredita que invertir en ambiente saludable en el trabajo puede ser un mecanismo que contribuya a la promoción de la salud individual y colectiva de los trabajadores del equipo de enfermería, considerando que el contexto hospitalario es fatigante, lo que requiere, no sólo competencia técnica, sino condiciones saludables de vida y trabajo, para enfrentar las adversidades que la diversidad del cuidado exige.

Se sugieren estudios que puedan asociar la cronobiología con las manifestaciones de cefalea, así como la (in)satisfacción de los profesionales en el trabajo en los diferentes turnos y unidades y la asociación con esta dolencia.

REFERENCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990(BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990.

2.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº1339/ GM de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: Diário Oficial da União; 1999.

3.Wink S, Cartana MHF. Promovendo o autocuidado a pacientes com cefaléia por meio da perspectiva oriental de saúde. Rev Bras Enferm. 2007; 60(2): 225-8.

4.Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA, Bordini CA, Speciali JG. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Arq Neuro-Psiquiatr. 2000;58(2B):431-6.

5.Zétola VHF, Nóvak EM, Luiz A, Branco BOS, Sato BK, Nita CS, et al. Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. Arq Neuro-Psiquiatr. 1998; 56(3B):559-64.

6.Bolan RS, Baldessar MZ, Guizzoni MZ, Piazza, E, Silveira LVS, Godinho TA, Dimitri. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaléias em funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão - SC 2005 Arq Catarin Med; 34(4):66-72.

7.Gondim KM, Miranda MDC, Guimarães JMX, D'alencar BP. Avaliação da prática de ginástica laboral pelos funcionários de um hospital público. Rev Rene. 2009; 10(2):95-102.

8.Sociedade Brasileira de Cefaléia. Tipos de dor de cabeça [Internet]. 2007 [citado 2010 mar 02]. Disponível em <http://www.sbcefaleia.com.br>

9.Vincent MB. Fisiopatologia da enxaqueca. Arq Neuro-Psiquiatr. 1998; 56(4):841-51.

10.Andreoli TE. Traduzido por: Vasconcelos MM. Cecil/Medicina Interna Básica. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

11.Yokoyama M, Yokoyama T, Funazu K, Yamashita T, Kondo S, Hosoi H et al. Associations between headache and stress, alcohol drinking, exercise, sleep, and comorbid health conditions in a Japanese population. J Headache Pain [internet]. 2009 [cited 2011 set 20]; 10(3):177-85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326184>

12.Flores AMN, Costa Junior ALC. Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaléia do tipo tensional. Psicologia em Estudo 2008; 13(1): 143-51.

13.Bernardi MT, Bussadori SK, Fernandes KPS, Biassotto-Gonzalez DA. Correlação entre estresse e cefaléia tensional. Fisioter Mov. 2008; 21(1):87-93.

14.Melhado EM. Cefaléia na Gestaçã[tese]. Universidade Estadual de Campinas(SP), Faculdade de Ciências Médicas; 2005.

15.Schultze C, Carvalho RML, Carvalho DS. Rev Neurociências 2001; 9(1): 9-15. Cefaléia e Terapia de Reposição Hormonal.

16.Sociedade Brasileira de Cefaléia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea: consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002; 60(1):159-69.

17. Bontempo DB, Nascimento MPV, Francisco de Assis Batista da Silva FAB. Principais queixas de saúde de profissionais de enfermagem em um hospital público na cidade de Brasília-DF. REVISA 2010; [citado 2011 set 3]. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/periodicos/article/viewArticle/7>.

18.Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(4):534-9.

19.Lin KC, Huang CC, Wu CC. Association between stress at work and primary headache among nursing staff in Taiwan. Headache. 2007; 47(4): 576-84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17445107>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia