# Cefaléia

Dra. Ana Lúcia A. Noronha Kanashiro
Prefeitura de Campinas

Março de 2008

# Definições

# Definições

- *Dor*: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada a ou descrita em termos de lesões teciduais” (Comitê de Taxonomia da *International Association for Study of Pain*).

- *Cefaléia:* “Todo processo doloroso que ocorre no segmento cefálico”.

# Padrões Temporais de Dor

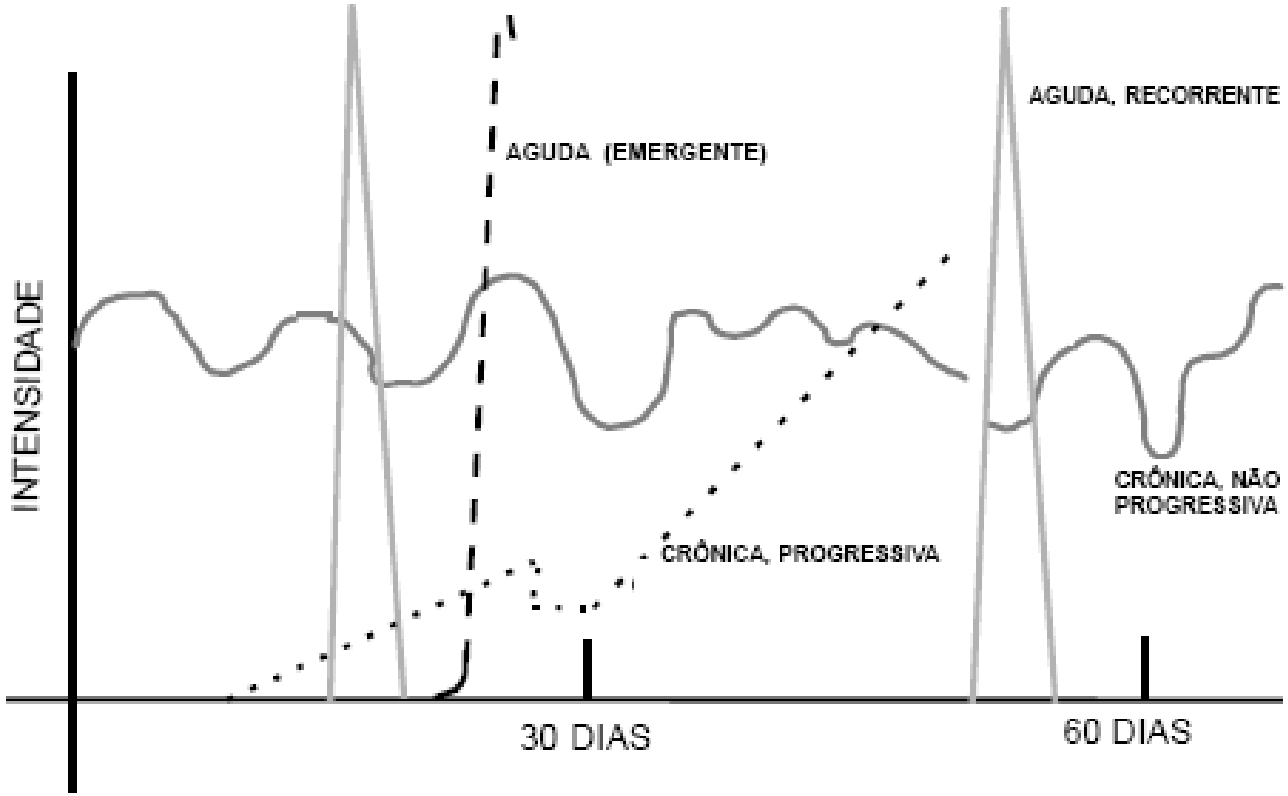



Figura 1 - Classificação temporal das cefaléias

# Alguns Números da Cefaléia

- 5% a 10% da população procura médicos, intermitentemente, por cefaléia (RASMUSSEN, 1955)
- Cefaléia é o terceiro diagnóstico mais comum (10,3%) em ambulatórios de clínica geral (FERRI DE BASTOS & NITRINI, 1996)
- Cefaléia é o diagnóstico mais comum em ambulatórios de neurologia (28,5%) (FERRI DE BASTOS & NITRINI, 1996)
- No ano de 1990, um total de 1270 pacientes procuraram a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas (UE) com queixa principal de cefaléia (SPECIALI *et al*, 1992)
- No ano de 1996, 0,9% dos atendimentos na UE foram conseqüentes a cefaléia enquanto queixa principal (BIGAL, 2000)

# Os Médicos e a Cefaléia

# Os Médicos e a Cefaléia

- 74% acertariam o diagnóstico de enxaqueca
- 63% acertariam o diagnóstico de cefaléia tipo tensional
- 53% leram algo no último ano
- 7% participaram de congressos nos últimos 3 anos

# Os Médicos e a Cefaléia

- 91% dos médicos tiveram aulas sobre cefaléia
- 14% não tratam a cefaléia
- Quando necessário encaminham para

| | |
|---|---|
| Neurologista | 68% |
| Otorrinolaringologista | 13% |
| Oftalmologista | 11% |
| Psiquiatra | 3% |

# Por Que Tratar a Cefaléia?

# Por que tratar a cefaléia?

- Packard  interrogou médicos e pacientes a respeito, das expectativas da atuação médica frente a casos de cefaléia.

# O Que o Médico Quer:

A maioria dos médicos (66%) responderam que o desejo dos paciente é a melhora da dor.

- Na prática, liberar rapidamente o paciente para atender o próximo.

# O Que o Paciente Quer:

Os pacientes (46%) dizem que seu maior desejo é uma explicação sobre o quadro que estão apresentando.

- Aspecto mais importantes no atendimento inicial desses pacientes: correta explicação dos seus sintomas.

# Abordagem da Cefaléia

# Níveis de Abordagem

- Sugestões de leigos e curiosos
- Prescrição de medicamentos por balconistas de farmácia
- Atendimento em unidades básicas de saúde (UBS) por clínicos gerais ou médicos plantonistas
- Atendimento em ambulatórios especializados de neurologia ou cefaléia
- Admissão em Unidades de Emergência

# Dificuldade no Atendimento

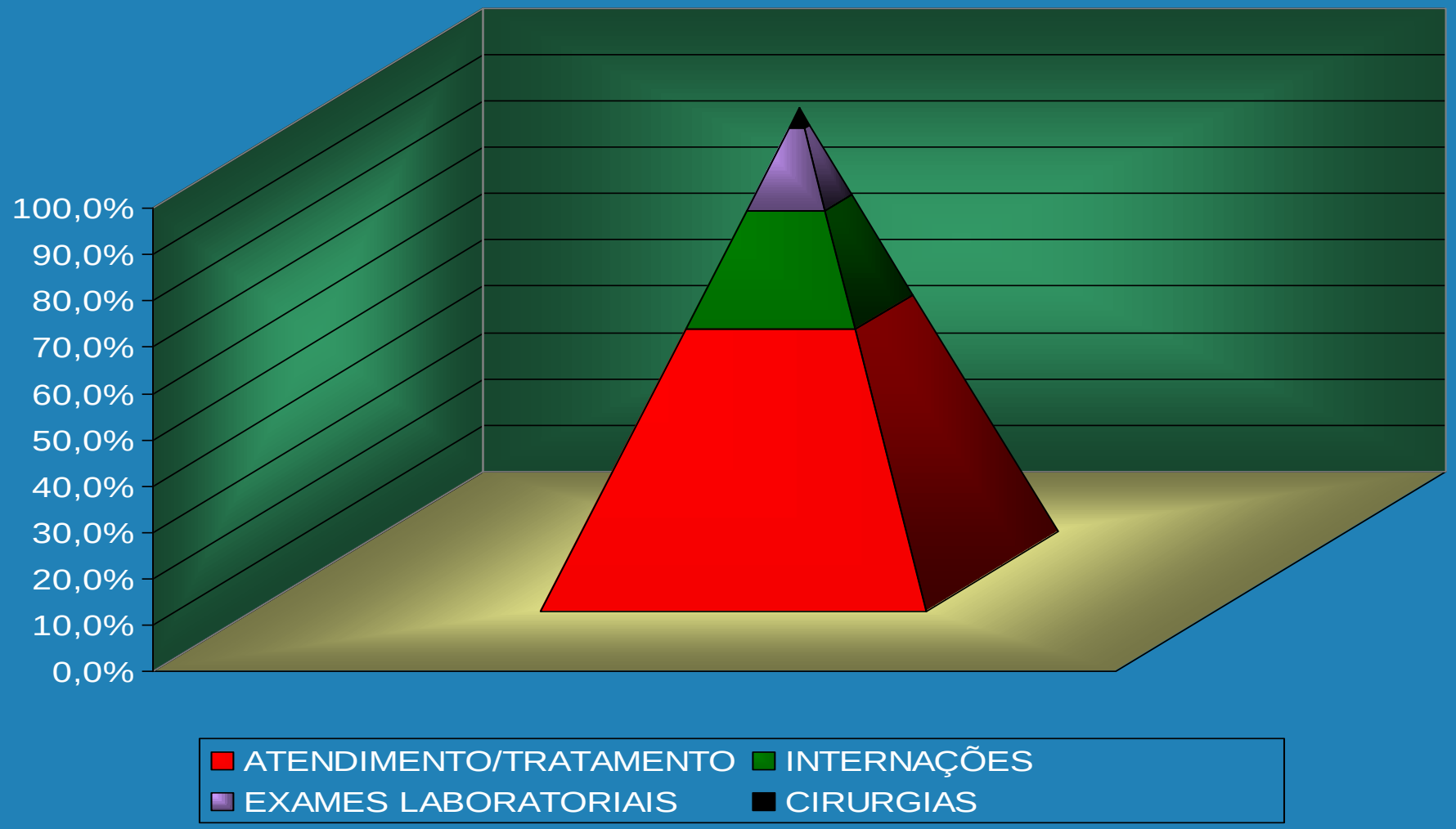
- Cefaléia é o sintoma neurológico que mais se associa as mais diversas doenças
- As etiologias podem ser desde emocionais até doenças crônicas ou agudas letais
- Traz insegurança aos médicos que atendem ao doente

# Cefaléia na UE de Ribeirão Preto

- 70% dos pacientes apresentavam entre 10 e 39 anos
- 64% mulheres
- 5% ficaram internados
- 71% apresentavam alguma cefaléia primária
  - 48% migrânea
- Cefaléias secundárias foram mais comuns em idades extremas
- 72% dos pacientes internados apresentavam cefaléias secundárias

# Custos Totais Estimados

**Custo total de R$ 115,14 (US$ 63,96) por paciente na UE.**



# Cefaléia na UE de Ribeirão Preto

- A maioria dos pacientes apresentava cefaléia primária (não submetidos a exames laboratoriais) e recebeu medicamentos disponíveis em UBS
- Diagnóstico baseado na clínica na maioria das vezes
  - **É necessário programa que possibilite aumento da resolutividade das UBS.**

# Cefaléia nos Postos de Saúde

Porcentagem de pacientes que procuram Posto de Saúde com queixa de cefaléia 9,3%

| | | |
|---|---|---|
| Causas : | Migrânea | 45% |
| | Cefaléia tipo tensional episódica | 8% |
| | Febre | 16% |
| | Pico hipertensivo | 11% |
| | Sinusite | 8% |
| | Substâncias | 45% |
| | Outros | 8% |

# Tipos de cefaléia

# Cefaléia Primária

- Não há etiologia definida por estudos
- Características clínicas bem definidas para cada tipo de cefaléia
- Exames diagnósticos normais

# Cefaléia secundária

- Há etiologia definida
- Características clínicas dependem da etiologia
- Exames diagnósticos alterados, dependendo da etiologia

# Pacientes Com Elevado Risco Para Cefaléia Secundária

- Papiledema
- Alteração da consciência e/ou orientação
- Sinais neurológicos focais
- Rigidez da nuca, mesmo que duvidosa
- Sinal de Babinski mesmo que duvidoso

PS : *Tomografia computadorizada craniana normal não exclui pequenas hemorragias subaracnoidéias e meningites*

# Pacientes Com Menor Risco Para Cefaléia Secundária

- Jovem
- Com cefaléia pregressa e/ou história familiar
- Alerta, orientado, com capacidade de deambular
- Exame neurológico repetidamente normal
- Sem febre
- Sem qualquer evidência de irritação meníngea

# Prevalência das Cefaléias Primárias

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 | Migrânea sem aura | 9% | ( 7-11) |
| 1.2 | Migrânea com aura | 6% | ( 5-8) |
| 2.1 | Cefaléia tipo tensional episódica | 66% | ( 62-69) |
| 2.2 | Cefaléia tipo tensional crônica | 3% | ( 2-5 ) |
| 3.1 | Cefaléia em salvas | 0,1% | ( 0-1 ) |
| 4.1 | Cefaléia idiopática em facadas | 2% | ( 1-4 ) |
| 4.2 | Cefaléia por compressão externa | 4% | ( 3-6 ) |
| 4.3 | Cefaléia por estímulo frio | 15% | (12-17 ) |
| 4.4 | Cefaléia benigna da tosse | 1% | ( 0-2 ) |
| 4.5 | Cefaléia benigna do esforço | 1% | ( 0-2 ) |
| 4.6 | Cefaléia associada a atividade sexual | 1% | ( 0-2 ) |

Tabela 2 : *Prevalência ao longo da vida de todas as cefaléias primárias com 95% dos limites de confiança entre parênteses*

# Cefaléias Primárias

1. Migrânea 1.1 sem aura
   1.2 com aura

2. Cefaléia tipo tensional 2.1 episódica
   2.2 crônica

3. Cefaléias em salvas

4. Cefaléias diversas não associadas a lesão estrutural
   ( idiopática em facadas, por estímulo frio, de esforço, da atividade sexual )

# Migrânea

# Migrânea

- Dor idiopática
- Recorrente
- 4 a 72 horas de duração
- Unilateral
- Pulsátil
- Moderada a grande intensidade
- Agravação por atividades físicas rotineiras
- Náuseas
- Fonofobia e fotofobia

# Migrânea

- Com aura
- Sem aura

# Aura

- *“brisa”, “sopro que vem avisar”*
- Conjunto de sintomas neurológicos focais que iniciam ou acompanham uma crise de dor
- Duração de até uma hora

# Intensidade da Dor da Migrânea

**Média do percentual de queda de rendimento escolar**

| | % de pacientes | % de queda no rend. escolar |
|---|---|---|
| 1 | 20% | 1,8% |
| 2 | 49,5% | 18,4% |
| 3 | 65,7% | 63% |
| 4 | 85,9% | 60% |
| *MÉDIA GERAL* | 62,7%* | 24,4%* |

# Perdas e faltas devido à Migrânea nos Funcionários do Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto

## Faltas e horas não trabalhadas / mês

| Categoria do Índice de Dor | Funcionários que apresentavam queda de rendimento n | Média de horas mensais não trabalhadas por faltas | Média de horas mensais não trabalhadas por queda do rendimento | Média do total de horas mensais não trabalhadas |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 4 | 0 | 0,3 | 0,3 |
| 1 | 34 | 0 | 0,9 | 0,9 |
| 2 | 413 | 0,1 | 5,8 | 5,9 |
| 3 | 288 | 0,8 | 5,8 | 6,3 |
| 4 | 31 | 1,2 | 21,4 | 22,6 |
| **MÉDIA** | | **0,1** | **6,4** | **6,5** |

n: valor absoluto

# Diagnóstico

# Quais os sintomas que aumentam a probabilidade dos médicos fazerem o diagnóstico de Migrânea ?

- Aura
- Vômito
- Sexo feminino
- Idade mais avançada
- Unilateralidade da dor
  - **Os médicos gerais fazem o diagnóstico em 45% dos migranosos.**

# Diagnóstico da Migrânea

**Sua dor de cabeça:**

É mais forte em um dos lados da cabeça ?

❑ sim ❑ não

É pulsátil (latejante) ?

❑ sim ❑ não

Atrapalha suas atividades normais ?

❑ sim ❑ não

Piora com atividade física ?

❑ sim ❑ não

# Diagnóstico da Migrânea

## Duração das crises:

**Duram de 4 a 72 horas ?**

❑ **sim** ❑ **não**

## Durante as crises:

**Luz e som incomodam ?**

❑ **sim** ❑ **não**

**Você sente náuseas ou apresenta vômitos ?**

❑ **sim** ❑ **não**

# Diagnósticos Diferenciais

# Migrânea X Cefaléia Tipo Tensional Episódica ( CTTE )

| | Migrânea | CTT episódica |
|---|---|---|
| Aura | sim ou não | não |
| Lateralidade | uni ou bilateral | bilateral |
| Localização | fronto-temporal | holoraniana/occipital |
| Intensidade | moderada/severa | fraca/moderada |
| Caráter | pulsátil | pressão |
| Atividade física | piora | pode melhora |
| Náusea/vomito | sim | não |
| Foto/fonofobia | sim | não |
| Duração | 4 a 72 horas | 30min a 7 dias |
| Fator desencadeante | sim | sim (diferentes) |
| História familiar | sim | menos freqüente |
| Período menstrual | agrava | não agrava |

# Migrânea X Cefaléia Em Salvas

| | Migrânea | Cefaléia em salvas |
|---|---|---|
| Aura | sim / não | não |
| Localização | fronto-temporal | orbitária => hemicrânica |
| Lateralidade | unilateral alternante | sempre do mesmo lado |
| Intensidade | moderada ou severa | insuportável |
| Caráter pontadas | pulsátil | urente, pressão |
| Freqüência | algumas por mês/ano | 2 a 3 diária |
| Duração | 4 a 72 horas | 30 a 60 min |
| Instalação | gradual em 1 a 2 horas | aguda em minutos |
| Sinais autonômicos | gastro-intestinais | outros |
| Predomínio por sexo | feminino (3:1) | masculino (9:1) |
| Fatores desencadeantes | vários | álcool |

# Tratamento

# Tratamento da Migrânea

- Não farmacológico (“Biológico”)
- Farmacológico
  - **Profilático**
  - **Tratamento da crise de migrânea**

# Tratamento Não Farmacológico

- Não ingerir alimentos que desencadeiem a dor
  - Queijos amarelos
  - Vinhos
  - Chocolates
  - Alimentos gordurosos
- Não prolongar jejum
- Não se expor ao sol sem óculos de sol
- Dormir o suficiente para o “refazimento” físico

# Tratamento Farmacológico Profilático

1. Betabloqueadores
2. Antidepressivos tricíclicos
3. Bloqueadores de canais de cálcio
4. Antagonistas serotoninérgicos

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Betabloquedores

- Mecanismo não esclarecido
  - Propranolol – 40 a 240 mg/dia em 2 a 3 tomadas diárias
  - Atenolol – 25 a 150 mg/dia em 1 a 2 tomadas diárias
  - Nadolol – 40 a 120 mg/d em 1 a 2 tomadas diárias
  - Metoprolol – 100 a 200 mg/dia em 1 a 2 tomadas diárias

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Efeitos colaterais dos betabloqueadores

- Hipotensão arterial e bradicardia
- Sonhos vívidos, pavor noturno e insônia
- Astenia
- Impotência sexual
- Broncoespasmo
- Depressão

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Antidepressivos tricíclicos

- Inibição de recaptação de serotonina e noradrenalina
- Úteis na migrânea associada a quadros depressivos, insônia e abuso de analgésicos
  - Amitriptilina 12,5 a 75 mg/dia em 1 a 3 tomadas diárias
  - Nortriptilina 10 a 75 mg/dia em 1 a 3 tomadas diárias

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos

- Sonolência
- Ganho de peso
- Constipação intestinal e retenção urinária
- Taquicardia e hipotensão postural
- Secura de mucosas e aumento da perspiração
- Alteração da libido

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Bloqueadores dos canais de cálcio

- Grupo heterogêneo de medicações
  - **Flunarizina – 5 a 10 mg/dia em uma tomada diária**

# Tratamento Farmacológico Profilático

## Efeitos colaterais dos bloqueadores de canais de cálcio

- Sonolência
- Ganho de peso
- Depressão e síndromes extra-piramidais
- Astenia e dores musculares
- Parestesias

# Tratamento Farmacológico da Crise de Migrânea

AINE

- Cloridrato de Piridoxina
- Naproxeno Sódico
- Ibuprofeno
- Nimesulide

Triptanos

- Sumatriptano
- Naratriptano

# Tratamento da Crise de Migrânea

| | | TFELT-HANSEN | | SILBERSTEIN E COL | | LANCE E COL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Eficácia | Ef adversos | Eficácia | Ef adversos | Eficácia |
| Aspirina | | +/++ | + | + | + | + |
| AINE | | ++ | ++ | ++ | + | ++ |
| Sumatriptano | SC | ++++ | + | ++++ | + | ++++ |
| | Nasal | | | +++ | ++ | |
| | Oral | ++ | + | +++ | + | ++++ |
| Zolmitriptano | | | | +++* | + | +++** |
| Isometepteno | | | | ++ | + | +++ |

# menor recorrências * menor recorrência que sumatriptamo ** Menos eficaz, menor recorrência que sumatriptano ( SC )

# Cefaléia Crônica por Abuso de Analgésicos

# Cefaléia crônica por abuso de analgésicos

- Complicação da migrânea
- Uso abusivo de Dipirona, AAS, Paracetamol e derivados do Ergot
- Diminuição dos níveis de endorfinas
  - **Indicação de uso de AINE na crise de dor**

# Quando investigar uma cefaléia?

# Quando Investigar uma Cefaléia

- História não sugestiva de cefaléia primária
- Alterações ao exame clínico e/ou neurológico
- Alteração do nível de consciência
- Primeiro episódio de uma cefaléia aguda intensa
- Mudança da característica de cefaléia crônica
- Dor mais intensa que o habitual
- Piora da dor durante período de observação na EU
- Cefaléia orgásmica
- Cefaléia associada à infecção pelo HIV
- Cefaléia noturna ou ao acordar, de início recente
- Estado de mal migranoso resistente às medicações

# Quando Encaminhar um Paciente com Cefaléia?

# Quando Encaminhar um Paciente com Cefaléia?

- Dor de início recente muito intensa
- Dor que mudou de características
  - Aumento de frequência
  - Aumento de intensidade