UNIDADE 08

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CEFALEIA

MÓDULO 19

SÃO LUÍS
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CEFALEIA

UNIDADE - 08

São Luís
2014

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:
João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:
Fabrício Silva Pessoa
Leonardo Savassi
Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica:
Deborah de Castro e Lima Baesse
Paola Trindade Garcia

Normalização:
Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Avaliação e manejo domiciliar de cefaleia/Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2014.

19f. : il.

1. Cefalalgia. 2. Dor de cabeça. 3. Enxaqueca. 4. Assistência domiciliar. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Título.

CDU 616.831-009.7

SUMÁRIO

UNIDADE 8 6

1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CEFALEIA 6

1.1 O que é 6

1.2 Como avaliar 6

1.3 Como diagnosticar 7

1.4 Como manejar 14

1.5 Quando referenciar 17

REFERÊNCIAS 18

UNIDADE 8

1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE CEFALEIA

1.1 O que é

Cefaleia, ou dor de cabeça, é a dor que ocorre no território do crânio, incluindo a face, e se apresenta como um dos motivos mais frequentes de consultas na Atenção Primária à Saúde (APS). Em estudo realizado em São Paulo, em unidades de APS, a cefaleia foi responsável por 9% das consultas por problemas agudos (BIGAL; BORDINI; SPECIALI, 2000). Outro estudo de Pelotas/RS mostrou prevalência de cefaleia ao longo da vida em torno de 71,3%, sendo a enxaqueca o seu tipo mais frequente, com prevalência de 10,7% ao longo da vida (PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006).

Sabe-se que a cefaleia traz importantes impactos para a saúde, como custos elevados para o sistema e para o paciente, redução de produtividade e de qualidade de vida (NICE, 2012; LIPTON; STEWART, 1997).

1.2 Como avaliar

As cefaleias podem ser classificadas como primárias ou secundárias. As primárias são aquelas definidas pelos sintomas (ver quadro 01), possuindo natureza disfuncional e não havendo participação de processos estruturais na sua etiologia. Já as cefaleias secundárias são definidas como aquelas que ocorrem em concomitância com algum processo capaz de causá-la (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004; PRUITT, 2006) (Quadro 2).

As cefaleias mais comuns na população geral são as primárias. Entre elas, as mais frequentes são a migrânea (enxaqueca) e a cefaleia tensional. Entretanto, no atendimento de um paciente em domicílio com cefaleia, é importante atentar para os sinais e sintomas de alerta que podem identificar condições potencialmente graves e que requerem avaliação complementar (CASTRO; COLLARES, 2013). Os sinais e sintomas de alerta encontram-se no quadro 3.

1.3 Como diagnosticar

A anamnese deve caracterizar as crises de cefaleia, além de sintomas de alerta e sintomas de causas secundárias possíveis. Além disso, deve-se buscar identificar quais "gatilhos" podem se associar com o início da dor. A American Academy of Neurology sugere o uso de quatro perguntas ao abordar pacientes com cefaleia:

> 1. Com que frequência você tem dores de cabeça graves? (ou seja, sem tratamento ocorre redução importante da funcionalidade para atividades da vida diária, como trabalho, tarefas domésticas etc.)
> 2. Com que frequência você tem outros tipos de dores de cabeça (mais leves)?
> 3. Com que frequência você utiliza medicamentos para alívio de suas dores de cabeça (analgésicos, p. ex.)?
> 4. Houve qualquer mudança recente nas suas dores de cabeça? (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004; BAJWA; WOOTTON, 2013).

As perguntas 1 e 2 oferecerão subsídios para identificar com boa acurácia pessoas portadoras de cefaleia crônica, em especial a migrânea. A pergunta 3 avaliará o uso excessivo de analgésicos, que é uma causa potencial de cefaleia. Uso de analgésicos simples

em 15 ou mais dias por mês, por mais de três meses, ou o uso de derivados da ergotamina ou triptanos em dez ou mais dias por mês, por mais de três meses, associados à cefaleia em 15 ou mais dias por mês sugere cefaleia por uso abusivo de medicamentos. A pergunta 4 poderá identificar pessoas com potencialidade para terem uma patologia secundária causadora de cefaleia (BAJWA; WOOTTON, 2013).

O exame físico também deve ser realizado com intuito de identificar uma causa secundária. Na maior parte das vezes, o exame neurológico afasta a possibilidade de doença neurológica estrutural, confirmando a hipótese de cefaleia primária. Alguns itens são importantes para a realização do exame físico, a saber:

> Medida de pressão arterial (hipertensão crônica não costuma causar cefaleia, entretanto, uma crise hipertensiva sim).
> Inspeção cervical e do crânio: ferimentos, cicatrizes, lateralização da cabeça e alteração muscular.
> Palpação cervical e crânio: hipertonia muscular, pontos dolorosos, seios da face, articulação temporomandibular e trajeto da artéria temporal superficial.
> Ausculta: auscultar com campânula do estetoscópio as regiões da articulação temporomandibular, carótidas, região temporal, occipital e ocular. Sopros sugerem malformações vasculares.
> Oroscopia e otoscopia: busca por processos inflamatórios.
> Fundo de olho: descartar a presença de papiledema.
> Sinais meníngeos: rigidez de nuca sugere meningite ou hemorragia subaracnóidea.
> Exame neurológico sumário: avaliação da força e sensibilidade em membros marcha e pares cranianos. Os sinais focais são sugestivos de tumores cerebrais, crises epilépticas ou hematoma subdural.
> Exame do estado mental: alterações de consciência, orientação e cognição sugerem infecção, neoplasia ou hemorragia subaracnoide. Podem-se utilizar instrumentos de triagem como o minimental ou o teste do relógio (CASTRO; COLLARES, 2013).

Os exames complementares serão indicados a partir da anamnese e do exame físico, com o objetivo de auxiliar na identificação de causas secundárias. As cefaleias primárias não necessitam de exames complementares para confirmação diagnóstica. A presença de sinal ou sintoma de alerta, em adultos, após exclusão das infecções prevalentes de baixa complexidade (gripes, resfriados, sinusites), indica a necessidade de avaliação complementar, em geral com neuroimagem (tomografia computadorizada sem contraste ou ressonância magnética de crânio). Pode ser necessária também a punção lombar (CLINCH, 2001; NICE 2012; PRUITT, 2006).

Segundo a American Academy of Neurology, as recomendações para realização de exames de neuroimagem em pessoas com cefaleia crônica são as seguintes: realizar exame em todos os pacientes com cefaleia crônica e algum achado anormal (sinal) em exame neurológico, pessoas com características atípicas de dor de cabeça ou que não cumprem critérios diagnósticos para migrânea ou outras cefaleias primárias, ou pessoas que tenham fator de risco adicional, como imunodeficiência ou discrasia sanguínea. A solicitação de neuroimagem não se justifica em pessoas com migrânea e exame neurológico normal. Ainda, a evidência é insuficiente para recomendar exame de neuroimagem em pessoas com ou sem sintomas neurológicos e pessoas com cefaleia tensional (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004; CASTRO; COLLARES, 2013).

Quadro 1 - Sintomas das cefaleias primárias.

Sintoma	Migrânea	Cefaleia tensional
Localização	Unilateral em 60 a 70% dos pacientes. Bifrontal ou global em 30%	Bilateral
Características	Início gradual, com piora crescente; pulsátil; intensidade moderada a severa; agravamento com atividades rotineiras	Em pressão ou aperto, com momentos de melhora e piora
Aparência do paciente	Paciente com preferência para repouso no escuro e silêncio	Paciente pode permanecer ativo ou necessita descansar
Duração	4 a 72 horas	Variável
Sintomas associados	Náusea, vômito, fotofobia, fonofobia, pode haver aura (usualmente visual, mas pode ocorrer também em outros campos sensitivos e envolver dificuldade de fala ou déficit motor)	Não há

O quadro 2 mostra, segundo Pruitt (2006), Castro e Collares (2013) e Lima et al. (2012), as causas de cefaleias secundárias e suas respectivas características.

Quadro 2 - Causas de cefaleias secundárias e suas características.

Causa	Características
Trauma crânio-encefálico (TCE)	Padrões variáveis podem seguir um TCE. O trauma encefálico deve ter pelo menos uma das características: - perda de consciência por mais de 30 minutos; - escala de coma de Glasgow < 13; - amnésia pós traumática por mais de 48 horas; - demonstração por imagem de lesão traumática encefálica (hematoma subdural, hemorragia intracerebral e/ou subaracnoideia, contusão cerebral ou fratura de crânio. Além disso, a cefaleia deve aparecer dentro de sete dias após o TCE ou após recuperação de consciência que segue ao trauma e desaparecer dentro de três meses após o trauma. Mais comum é cefaleia tipo tensional. Tratamento é o mesmo da cefaleia tensional.
Arterite de células gigantes (temporal)	Vasculite que envolve a artéria temporal. Artéria temporal edemaciada e dolorosa, com VSG e proteína C reativa elevadas. Pode cursar com febre, mal estar, dor nas costas e ombros e claudicação mandibular.
Hemorragias intracranianas não traumáticas	Hemorragia subaracnoide cursa com dor abrupta, com frequência unilateral no seu início e acompanhada de náusea e vômitos, podendo haver progressão dos déficits neurológicos focais para perda de consciência e alteração do estado mental. O diagnóstico é confirmado por tomografia de crânio sem contraste.
Malformação vascular não rota	Cefaleias novas e súbitas, intensas, eventualmente com paralisia aguda do terceiro par craniano e dilatação pupilar.

Acidente vascular cerebral isquêmico	Cefaleia acompanha até cerca de 30% dos AVC isquêmicos. Cefaleia que é acompanhada por sinais neurológicos focais e/ou alteração de consciência e não possui características específicas. O déficit focal costuma ser súbito e progressivo.
Hipertensão intracraniana	Mais frequente em mulheres jovens e obesas. Cefaleia progressiva, diária, agravada por tosse ou esforço, com papiledema, déficit de campo visual e paralisia do VI nervo craniano.
Neoplasias intracranianas	Cefaleias progressivas, localizadas, piores pela manhã e agravadas por tosse ou inclinação da cabeça para frente.
Crise epiléptica	Na migrânea epiléptica, a cefaleia aparece sincronicamente com a crise epiléptica e é ipsilateral à descarga ictal. Também pode ocorrer cefaleia pós-crise, quando a dor aparece em até três horas após a crise e tende a desaparecer em até 72 horas. Requer eletroencefalograma para demonstração do início simultâneo da cefaleia com a descarga ictal.
Secundária a alguma substância ou medicamento	Dor que aparece após a ingestão de algum medicamento ou substância.
Uso excessivo de medicamentos analgésicos	Uso por mais de 15 dias por mês de analgésicos comuns ou mais de dez dias por mês de ergotamina ou triptanos pode aumentar a frequência e intensidade das crises de cefaleia.
Infecções sistêmicas ou intracranianas	Geralmente associada à febre, mal-estar geral e sintomas infecciosos.
Cefaleias associadas à crise hipertensiva, doença cardíaca (IAM) ou hipotireoidismo	Pulsátil e desencadeada por atividade física, concomitante a um aumento de pressão arterial súbito, acima de 160/120 mmHg. Pode surgir cefaleia concomitante à isquemia miocárdica, que desaparece após o seu tratamento. No hipotireoidismo, cefaleia pode acompanhar o problema, desaparecendo após compensação.

Cefaleias associadas a transtornos dos olhos, crânio, pescoço, ouvidos, nariz, seios da face, dentes ou nervos faciais	Casos de sinusites, dores em dentes, periodontites, bruxismo, inflamações nos ouvidos, neuralgia trigeminal, transtornos da coluna cervical e transtornos da articulação temporo-mandibular.

Por sua vez, Castro e Collares (2013), Lima et al. (2012) e Bajwa e Wootton (2013) acrescentam que alguns sinais e sintomas em pacientes com cefaleia devem ser considerados.

Quadro 3 - Sinais e sintomas de alerta em pacientes com cefaleia.

- aparecimento súbito;
- cefaleia ou dor mais intensa da vida;
- mudança do padrão de dor;
- cefaleia de evolução insidiosa e progressiva, atingindo seu ápice em dias ou poucos meses;
- cefaleia de início tardio (após os 50 anos);
- estado de mal enxaquecoso (crise de enxaqueca com duração maior do que 72 horas) refratário ao tratamento;
- cefaleia noturna ou ao acordar de início recente;
- cefaleia associada à alteração de estado mental, nível de consciência, orientação, cognição ou déficit neurológico focal;
- cefaleia associada a esforço – pós-coito, atividade física, espirro, tosse ou valsalva;
- cefaleia iniciada após trauma de crânio recente;
- cefaleia nova associada à crise epiléptica;
- cefaleia associada à infecção pelo HIV, em paciente com neoplasia ou discrasia sanguínea;

- cefaleia em paciente com rigidez de nuca;
- cefaleia em paciente com febre, vômitos, mialgias;
- sintomas ou sinais visuais (turvamento, resposta assimétrica pupilar, papiledema).

1.4 Como manejar

O manejo da cefaleia em domicílio deve visar à identificação de causas secundárias tratáveis, identificação de pacientes com sinais de alerta e o tratamento agudo e profilático da dor, objetivando melhor qualidade de vida e evitando o retorno do sintoma (LIMA et al., 2012).

Os usuários do serviço de AD que apresentem algum fator secundário identificado para a cefaleia devem ter esta causa tratada com a finalidade de eliminar a dor de cabeça. Se algum medicamento ou substância puder ser identificado como causador de cefaleia, ele deverá ser suspenso ou alterado, conforme possibilidade individual de cada paciente. Em casos suspeitos de abuso de analgésicos, o medicamento usado em excesso deve ser trocado por outro tipo de analgésico e a abordagem deve ser no sentido de evitar o uso demasiado de remédios. Podem-se utilizar, ainda, medicamentos profiláticos, que sabidamente reduzem a necessidade de uso de analgésicos (LIMA et al., 2012; PRUITT, 2006).

Para todos os usuários do serviço de AD que não tenham necessidade de encaminhamento para hospitalização, deve ser ofertada analgesia. Em pacientes com cefaleia que sugira migrânea e sem resposta aos analgésicos comuns, podem-se utilizar os triptanos e ergotamina. A analgesia pela via oral deve

ser a preferida, inclusive por permitir a autoadministração de medicamento de resgate em caso de novas crises. Em situações nas quais a analgesia não pode ser ofertada pela via oral, pode-se utilizar via injetável (de acordo com disponibilidade das equipes e cuidadores), via enteral ou transdérmica (que é menos disponível e mais cara). Deve-se evitar, nas cefaleias primárias, o uso de opioides, pelo seu alto potencial de dependência. Entretanto, em pacientes com neoplasias intracranianas, por exemplo, os opioides podem ser necessários (CASTRO; COLLARES, 2013; CLINCH, 2001).

Em pacientes com cefaleias crônicas, especialmente migrânea, pode ser necessário o tratamento profilático para reduzir a frequência das crises, melhoria da qualidade de vida e redução da possibilidade de abuso de analgésicos. O tratamento profilático consiste em abordagem educativa e medicamentosa. A abordagem educativa visa promover o entendimento da doença, identificação de fatores desencadeantes (álcool, chocolates, medicamentos, estresse, mudanças climáticas e hormonais) e esclarecimento sobre o uso de medicamentos. Os medicamentos profiláticos são indicados quando a cefaleia interferir significativamente no dia a dia da pessoa, em casos de crises frequentes (mais de uma vez por semana), uso excessivo de medicamentos, falta de efetividade dos medicamentos analgésicos ou por preferência do paciente (CASTRO; COLLARES, 2013; PRUITT, 2006).

O quadro 4 apresenta medicamentos analgésicos mais utilizados e os medicamentos profiláticos para cefaleias crônicas. Em cefaleias tensionais, o medicamento profilático de preferência deve ser a amitriptilina, iniciando com 10 mg ao deitar, com aumento progressivo de dose conforme resposta. Também

podem ser utilizados para tratamento profilático de cefaleias: fisioterapia, em pacientes com disfunção musculoesquelética importante; técnicas de relaxamento; melhora de posicionamento de colchões e travesseiros; acupuntura (NICE, 2012; LIMA et al., 2012; PRUITT, 2006).

Quadro 4 - Medicamentos analgésicos para tratamento de cefaleias e medicamentos profiláticos.

Medicamentos analgésicos utilizados para abortar crises	Medicamentos utilizados como profilaxia para crises
Analgésicos - Paracetamol - Dipirona	Antidepressivos tricíclicos - Amitriptilina - Nortriptilina
AINES - Ácido acetil salicílico - Ibuprofeno - Diclofenaco sódico - Naproxeno - Cetoprofeno	Inibidores seletivos de recaptação da serotonina: - Fluoxetina
Ergotaminas - Ergotamina - Diidroergotamina	Anticonvulsivantes - Ácido valpróico - Topiramato - Gabapentina
Triptanos - Sumatriptano - Naratriptano - Almotriptano - Zolmitriptano - Rizatriptano - Eletriptano	Betabloqueadores - Propranolol - Metoprolol - Atenolol - Timolol - Nadolol

	Bloqueadores de canal de cálcio - Verapamil - Diltiazen - Nimodipino - Flunarizina
	IECA/antagonistas de receptor da angiotensina - Lisinopril - Candesartan

Fonte: CASTRO, R. C. L.; COLLARES, M. F. Cefaleia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 745.

1.5 Quando referenciar

Os pacientes que apresentarem sinais/sintomas de alerta provavelmente necessitarão de referenciamento para setor de urgência para investigação complementar mais detalhada. De acordo com Castro e Collares (2013), devem ser encaminhados para avaliação em setor de urgência/emergência:

- indivíduos com suspeita de meningites;
- trauma craniano recente;
- suspeita de hemorragia intracraniana;
- pessoas com alteração de exame neurológico;
- confusão mental;
- suspeita de neoplasias (se o indivíduo já não estiver em tratamento domiciliar por neoplasia);
- pessoa com HIV;
- pessoa em uso de anticoagulantes.

REFERÊNCIAS

BAJWA, Z. H.; WOOTTON, R. J. **Evaluation of Headaches in adults**. out. 2013. Disponível em: http://goo.gl/5ipkkH. Acesso em: 14 nov. 2013.

BIGAL, M. E.; BORDINI, C. A.; SPECIALI, J. G. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. **Headache**, v. 40, n. 3, p. 241-7, 2000.

CASTRO, R. C. L.; COLLARES, M. F. Cefaleia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 745.

CLINCH, C. R. Evaluation of acute headaches in adults. **Am Fam Physician** v. 63, n. 4, p. 685-92, 2001.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders. **Cephalalgia**, n. 24, supl. 1, p. 9-160, 2004.

LIMA, D. B. et al. Cefaleia e enxaqueca. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1779.

LIPTON, R. B.; STEWART, W. F. Prevalence and impact of migraine. **NeurolClin**., v. 15, n. 1, p. 1-13, 1997.

NICE. **Headaches**: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London: NICE, 2012.

PAHIM, L. S.; MENEZES, A. M. B.; LIMA, R. Prevalence and factors associated to migraine in adult population, Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 692-8, 2006.

PRUITT, A. A. Approach to the patient with headache. In: GOROLL, Allan H.; MULLEY, Albert G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. p. 1077.