



Cefaleia na Atenção Básica

Raquel Espagolla Santos

Médica Neurologista PUC- Campinas/SP

Especialização em Dor – HC FMRP- USP

Epidemiologia dos atendimentos UBS

Um dos sintomas mais frequentes

Prevalência da cefaleia ao longo da vida é elevada (94% homens e 99% mulheres)

Amb CM: 3ª queixa mais frequente (IVAS e dispepsia)

Amb Neuro é o motivo mais frequente

Maior parte dos atendimentos: cefaleia primária

Objetivo

- Trazer ferramentas para:
 - Distinguir e reconhecer cefaleias primárias e secundárias
 - Principais cefaleias no atendimento da unidade básica e orientar na escolha do tratamento inicial

Migrânea /
Enxaqueca

Cefaleia por
uso excessivo
de Analgésicos

DEFINIÇÃO

Primária

- DOENÇA cujo principal sintoma é a cefaleia recorrente (a dor de cabeça é a doença)
- Migrânea, cefaleia tensional, CTA

Secundária

- SINTOMA de uma doença subjacente (neurológica ou sistêmica)
- HSA, meningite, sinusite, dengue

PRIMEIRO PASSO

ANAMNESE

SEMIOLOGIA DA CEFALIA

PRIMEIRO EPISÓDIO DE DOR DE CABEÇA?

LOCALIZAÇÃO

CARACTERÍSTICA DA DOR (PULSÁTIL, PRESSÃO, FACADA)

PADRÃO DA DOR - SÚBITO OU PROGRESSIVO

INTENSIDADE (0-10)

SINTOMA ASSOCIADO (FONO/FOTOFOBIA, NAUSEAS, VOMITOS)

PIORA COM ATIVIDADE FÍSICA LEVE (CAMINHAR)

FATORES DE MELHORA

FATORES DE PIORA

FAZ USO DE ANALGÉSICO? COM QUAL FREQUÊNCIA?

QUANTOS EPISÓDIOS NA SEMANA/MÊS?

QUESTIONAR RED FLAGS

HUMOR

SONO

ATIVIDADE FÍSICA

COMORBIDADES, MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

ALERGIAS

SEMIOLOGIA DA CEFALIA

PRIMEIRO EPISÓDIO DE DOR DE CABEÇA?

LOCALIZAÇÃO

CARACTERÍSTICA DA DOR (PULSÁTIL, PRESSÃO, FACADA)

PADRÃO DA DOR - SÚBITO OU PROGRESSIVO

INTENSIDADE (0-10)

SINTOMA ASSOCIADO (FONO/FOTOFOBIA, NAUSEAS, VOMITOS)

PIORA COM ATIVIDADE FÍSICA LEVE (CAMINHAR)

FATORES DE MELHORA

FATORES DE PIORA

FAZ USO DE ANALGÉSICO? COM QUAL FREQUÊNCIA?

QUANTOS EPISÓDIOS NA SEMANA/MÊS?

QUESTIONAR RED FLAGS

HUMOR

SONO

ATIVIDADE FÍSICA

COMORBIDADES, MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

ALERGIAS

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

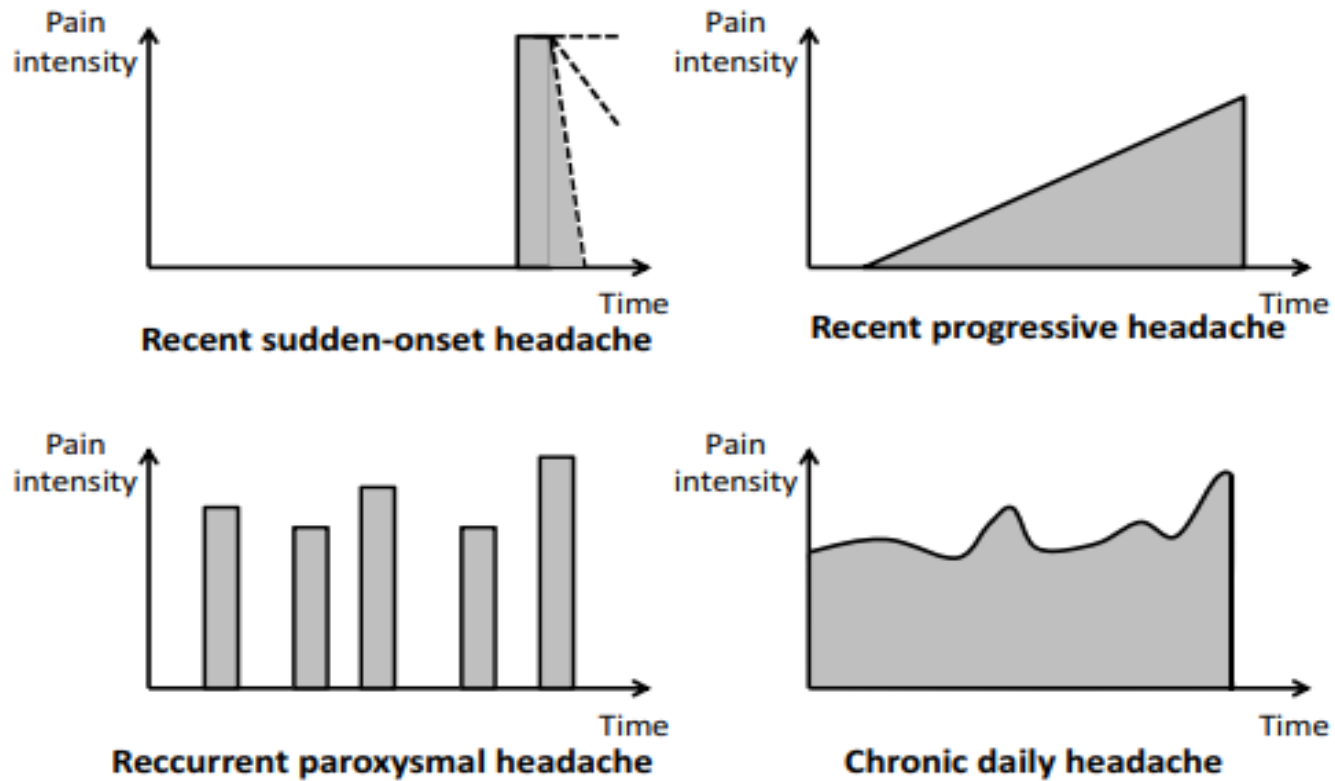


Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

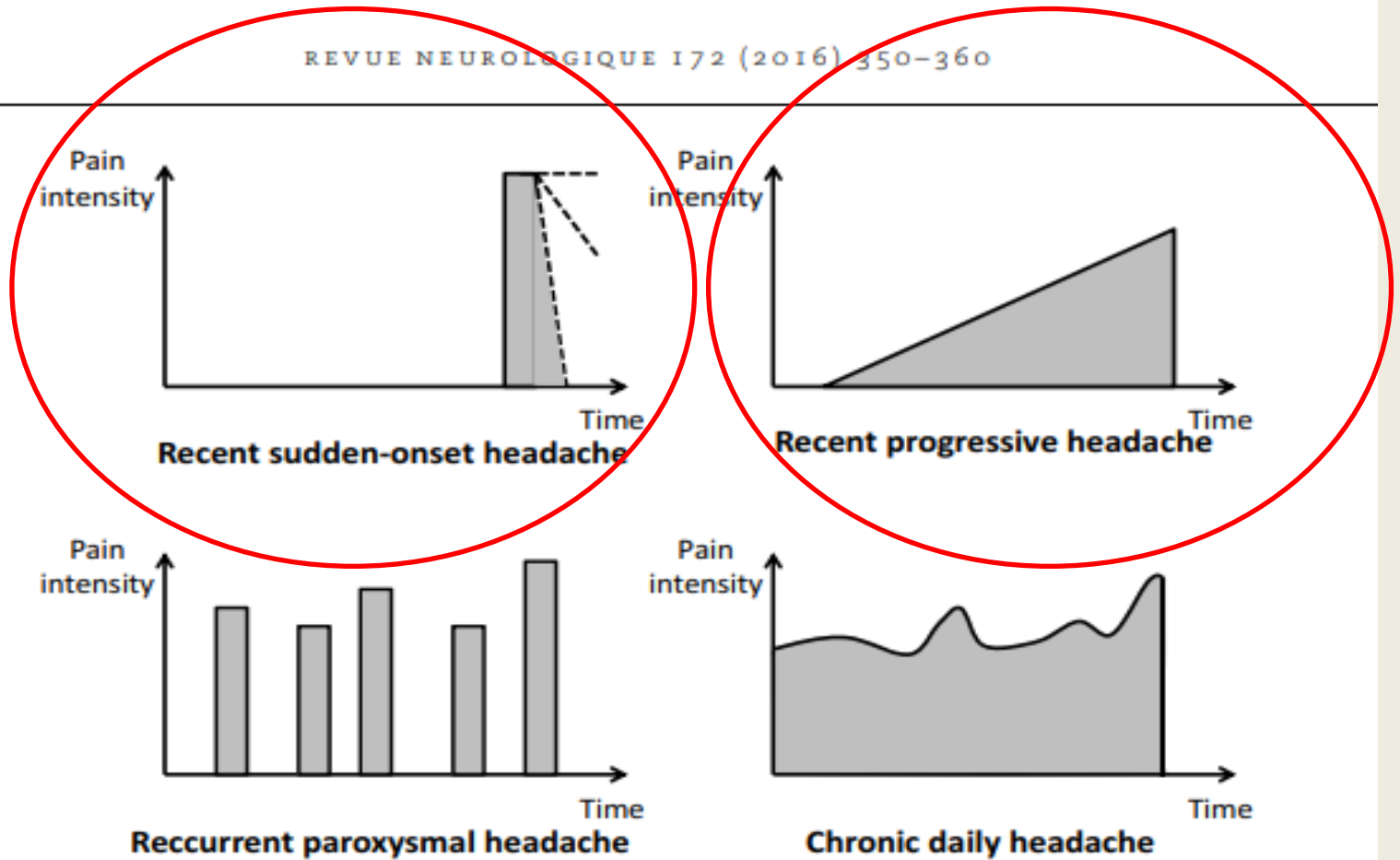


Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

Com febre:
meningite, abscesso,
dengue, sinusite

Sem febre: HSA,
Hemorragia
intraparenquimatosa,
AVCi, hidrocefalia
aguda, TVC

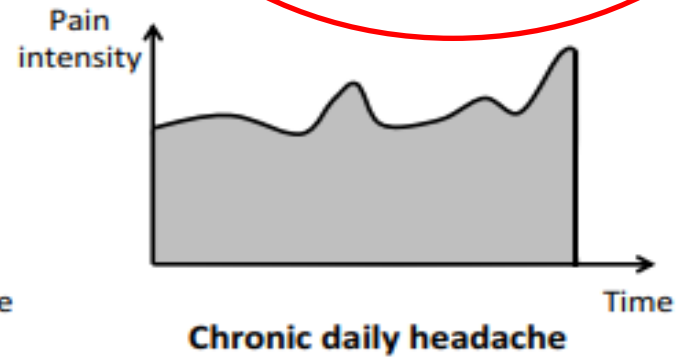
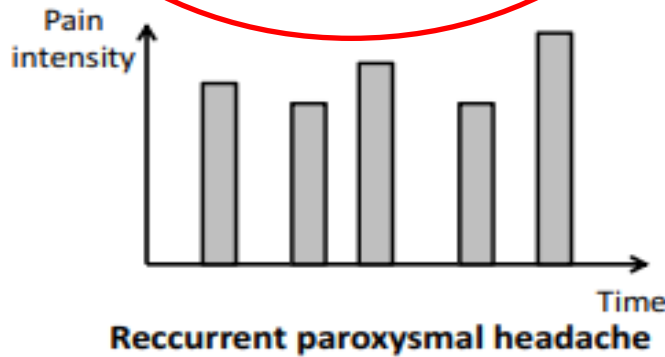
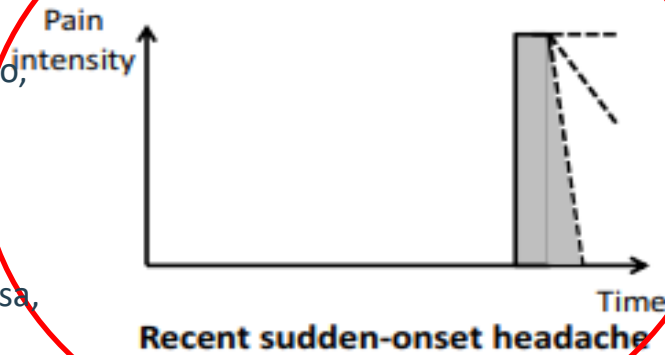


Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

Com febre:
meningite, abscesso,
dengue, sinusite

Sem febre: HSA,
Hemorragia
intraparenquimatosa,
AVCi, hidrocefalia
aguda, TVC

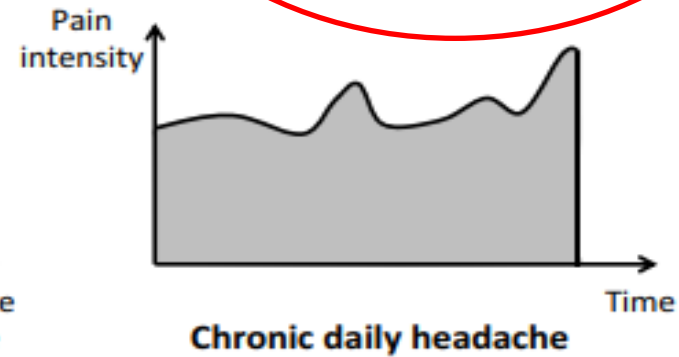
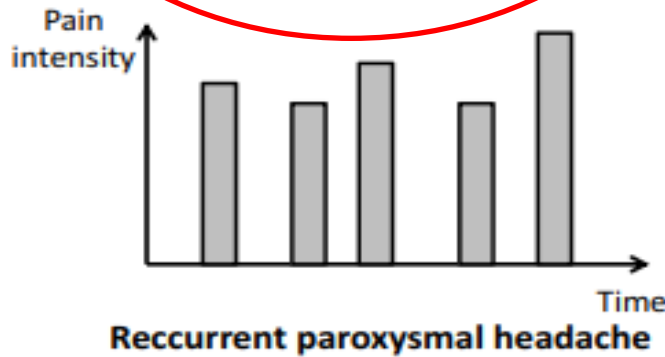
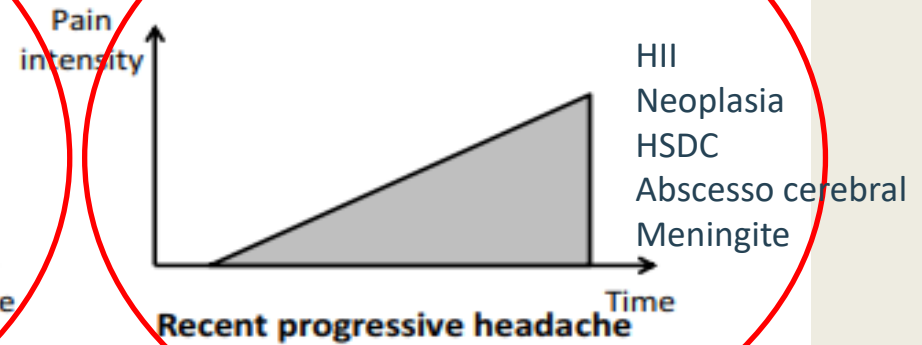
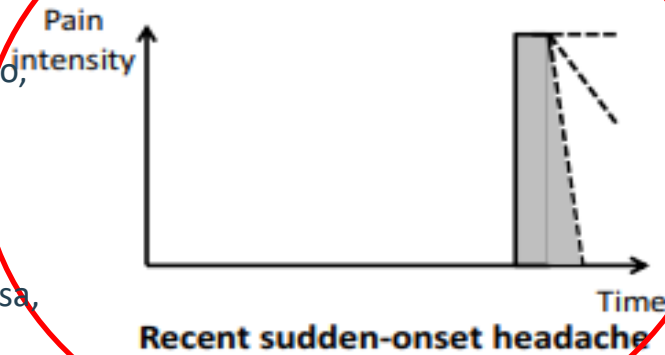


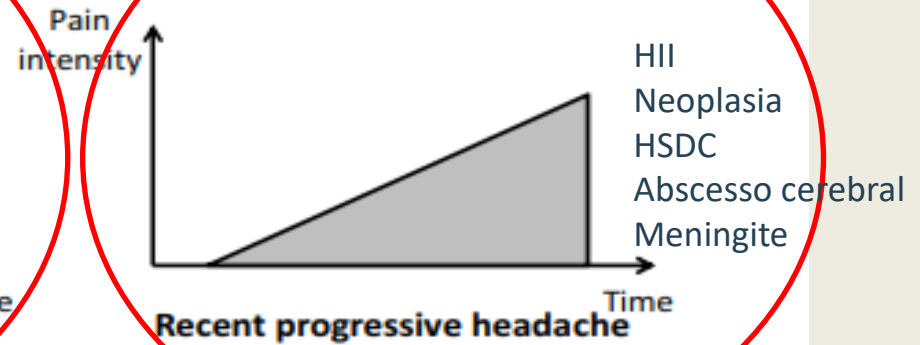
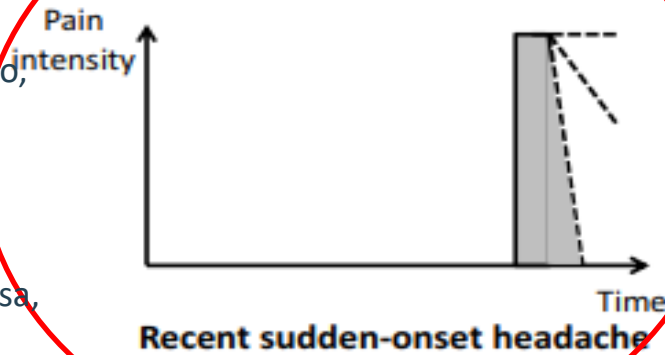
Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

Com febre:
meningite, abscesso,
dengue, sinusite

Sem febre: HSA,
Hemorragia
intraparenquimatosa,
AVCi, hidrocefalia
aguda, TVC



Tensional
Migrânea
Salvas

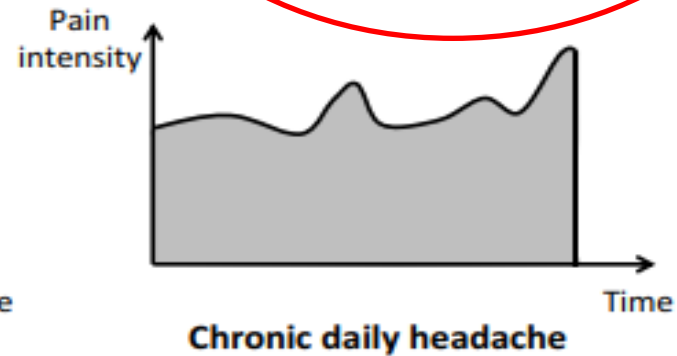
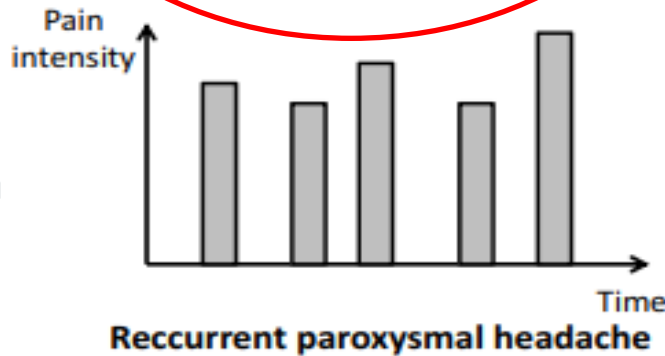


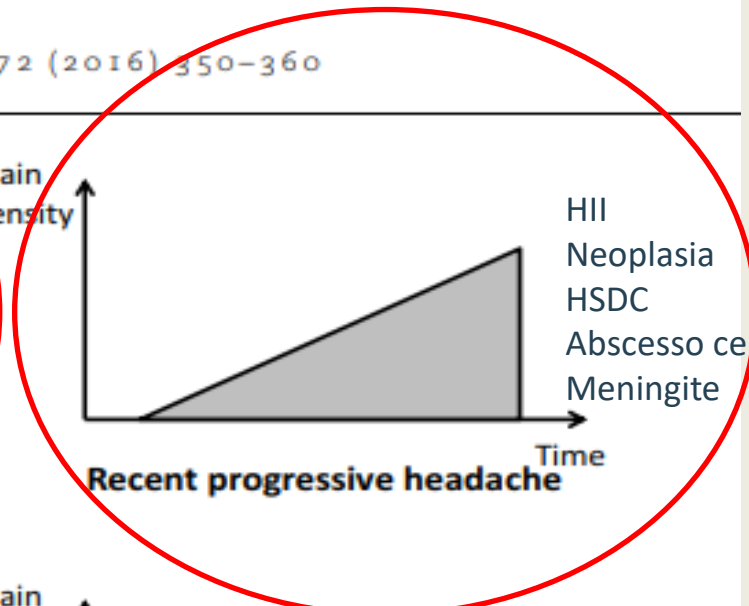
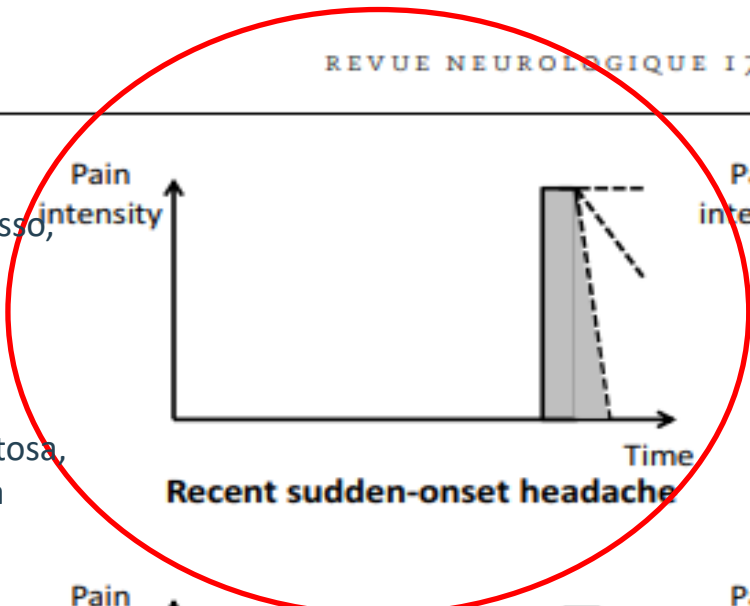
Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

PADRÃO DA DOR

REVUE NEUROLOGIQUE 172 (2016) 350-360

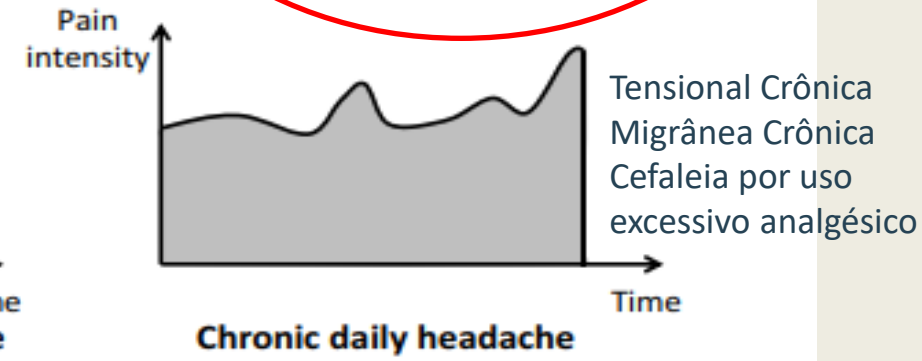
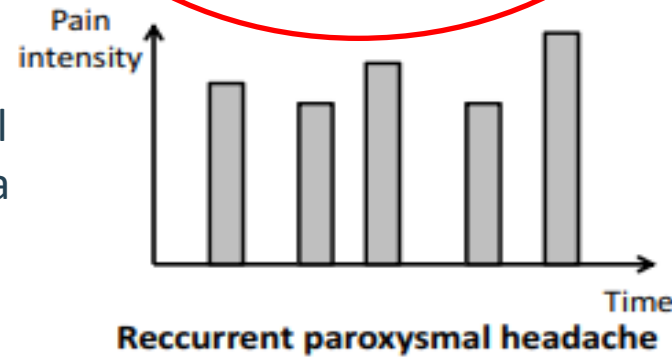
Com febre:
meningite, abscesso,
dengue, sinusite

Sem febre: HSA,
Hemorragia
intraparenquimatosa,
AVCi, hidrocefalia
aguda, TVC



HII
Neoplasia
HSDC
Abscesso cerebral
Meningite

Tensional
Migrânea
Salvas



Tensional Crônica
Migrânea Crônica
Cefaleia por uso
excessivo analgésico

Fig. 1 – Schematic representation of the four clinical presentations.

A red flag is shown waving against a background of a sunset or sunrise. The sky is a mix of orange, yellow, and light brown. The flag is attached to a pole on the left side. The text 'RED FLAG' is written in large, white, bold, sans-serif capital letters across the center of the flag.

RED FLAG

WARNING

RED FLAG– SNNNOOP4/10



- S:** SYSTEMIC SYMPTOMS
- N:** NEUROLOGIC DEFICIT
- N:** NEOPLASM IN HISTORY
- O:** ONSET SUDDEN OR ABRUPT
- O:** OLDER AGE (> 50 ANOS)
- P1:** PATTERN CHANGE
- P2:** POSITIONAL HEADACHE
- P3:** PREGNANCY OR PUERPERIUM
- P4:** PRECIPITATED BY SNEEZING, COUCHING OR EXERCISE
- P5:** PAPILEDEMA
- P6:** PROGRESSIVE HEADACHE AND ATYPICAL PRESENTATIONS
- P7:** PAINFUL EYE WITH AUTONOMIC FEATURES
- P8:** POSTTRAUMATIC ONSET HEADACHE
- P9:** PATHOLOGY OF THE IMMUNE SYSTEM (HIV)
- P10:** PAINKILLER OVERUSE OR NEW DRUG AT ONSET OF HEADACHE

S- Systemic symptoms - febre	Cefaleia atribuída a infecccção (SNC ou sistêmicas) ou desordens não vasculares intracranianas
N - Neurologic deficit	Cefaleias atribuídas a transtornos intracranianos vasculares ou não vasculares
N- Neoplasm history	Neo cerebral ou metástase
O- Onset of headache is sudden or abrupt	HSA, Síndrome cerebral de vasoconstrição reversível, AVC, TVC dissecção arterial, apoplexia de pituitária, HII
O- Older age (> 50 anos)	Arterite de células gigantes, lesão em massa, neoplasia, AVC
P 1- Pattern change	Neoplasia, transtornos vasculares e não vasculares intracranianos
P2- Positional headache	Hipotensão / hipertensão intracraniana, lesão em massa, TVC, patologia dos seios nasais
P3- Pregnancy or puerperium	TVC, pré eclampsia, síndrome cerebral de vasoconstrição reversível, lesão pituitária, AVC, pós punção, hipotireoidismo, anemia, diabetes

P4- Precipitated by sneezing, coughing, or exercise	Massa intracraniana/fossa posterior, mal formação de chiari
P5- Papilledema	Neoplasia e outras causas intracranianas não vasculares, hipertensão intracraniana
P6- Progressive headache	Neoplasia e outras causas intracranianas não vasculares
P7- Painful eye with autonomic features	Patologia de fossa posterior, região pituitária ou seio cavernoso, sd tolosa-hunt, causas oftalmológicas
P8- Posttraumatic onset of headache	Hematoma subdural
P9- Pathology of the immune system such as HIV	Infecção oportunistas
P10- Painkiller overuse or new drug at onset of headache	Uso excessivo de medicação, efeito adverso de medicação

Sinal de
alarme?

SIM

Encaminhar
para avaliação
neurologista/
hospital para
investigação

Tratamento de
acordo com
Etiologia

```
graph LR; A[Sinal de alarme?] --> B[NÃO]; B --> C[Identificar fenótipo e iniciar tt]; C --> D[Orientações sobre uso excessivo de analgésicos]; D --> E[Encaminhar para neurologista];
```

Sinal de alarme?

NÃO

Identificar
fenótipo e
iniciar tt

Orientações
sobre uso
excessivo de
analgésicos

Encaminhar
para
neurologista

Definir cefaleia
primária e
secundária

Anamnese

Red Flags
SNNOP10



Cefaleias que devemos reconhecer na atenção básica

Migrânea/
Enxaqueca

Cefaleia por
uso excessivo
de analgésico

SEMILOGIA DA CEFALÉIA

PRIMEIRO EPISÓDIO DE DOR DE CABEÇA?

LOCALIZAÇÃO

CARACTERÍSTICA DA DOR (PULSÁTIL, PRESSÃO, FACADA)

INÍCIO DA DOR - SÚBITO OU PROGRESSIVO

INTENSIDADE (0-10)

SINTOMA ASSOCIADO (FONO/FOTOFOBIA, NÁUSEAS, VOMITOS, LACRIMEJAMENTO, AURA)

PIORA COM ATIVIDADE FÍSICA LEVE (CAMINHAR)

FATORES DE MELHORA

FATORES DE PIORA

FAZ USO DE ANALGÉSICO? COM QUAL FREQUÊNCIA (Uso excessivo de analgésico)

QUANTOS EPISÓDIOS NA SEMANA/MÊS

QUESTIONAR RED FLAGS

HUMOR

SONO

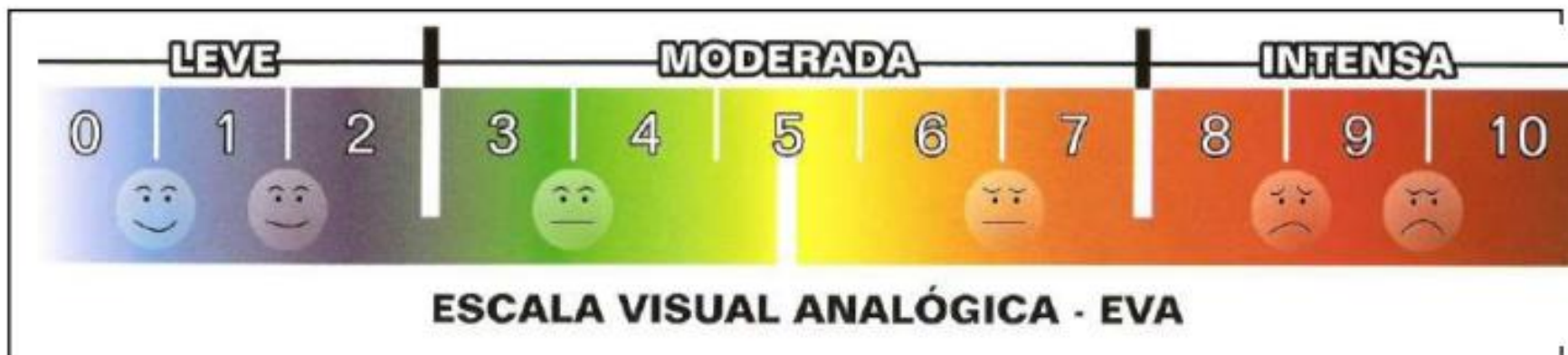
ATIVIDADE FÍSICA

USO DE SUBSTÂNCIAS

COMORBIDADES, MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

ALERGIAS

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



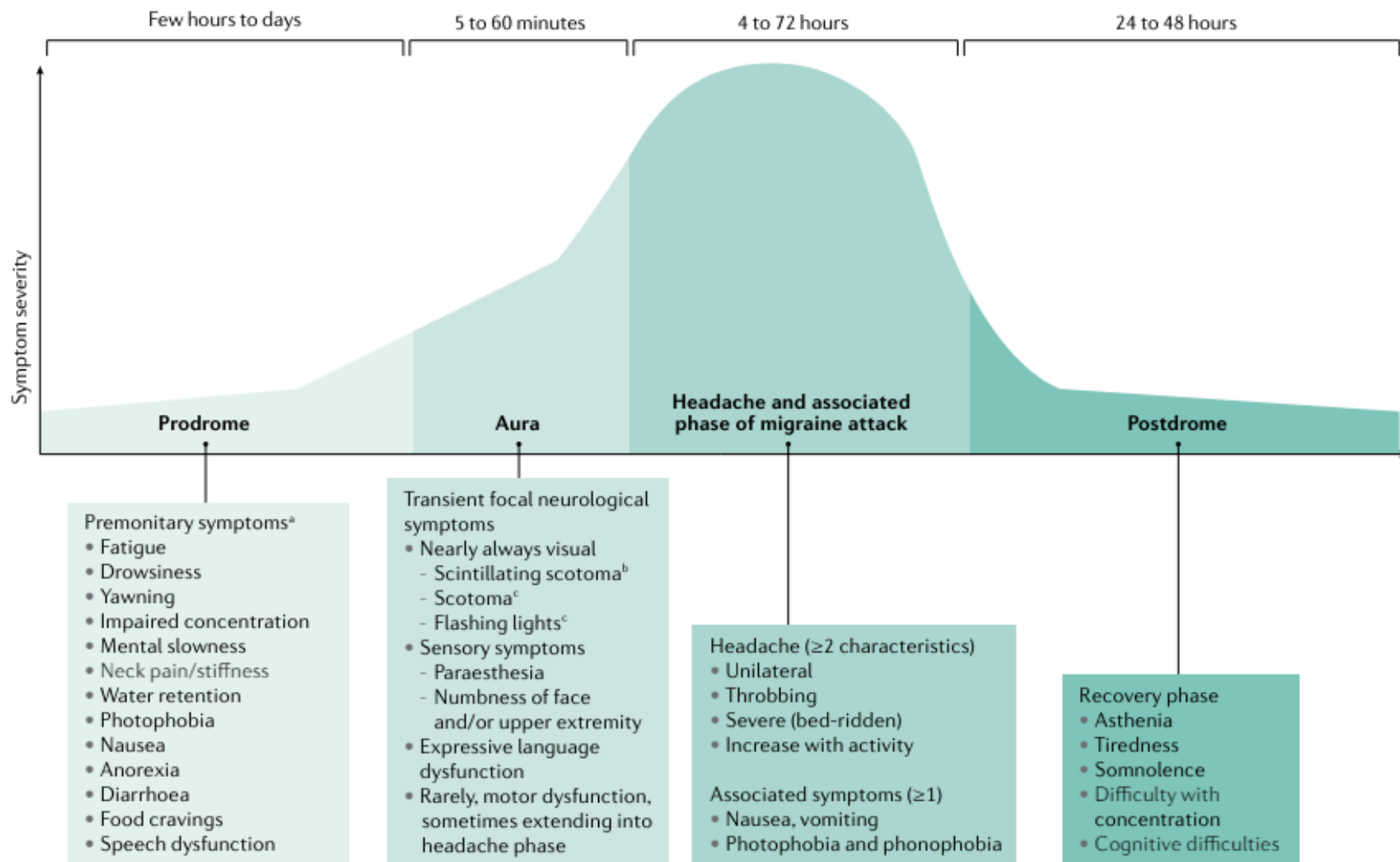
Vamos falar um pouco sobre a Migrânea/ Enxaqueca

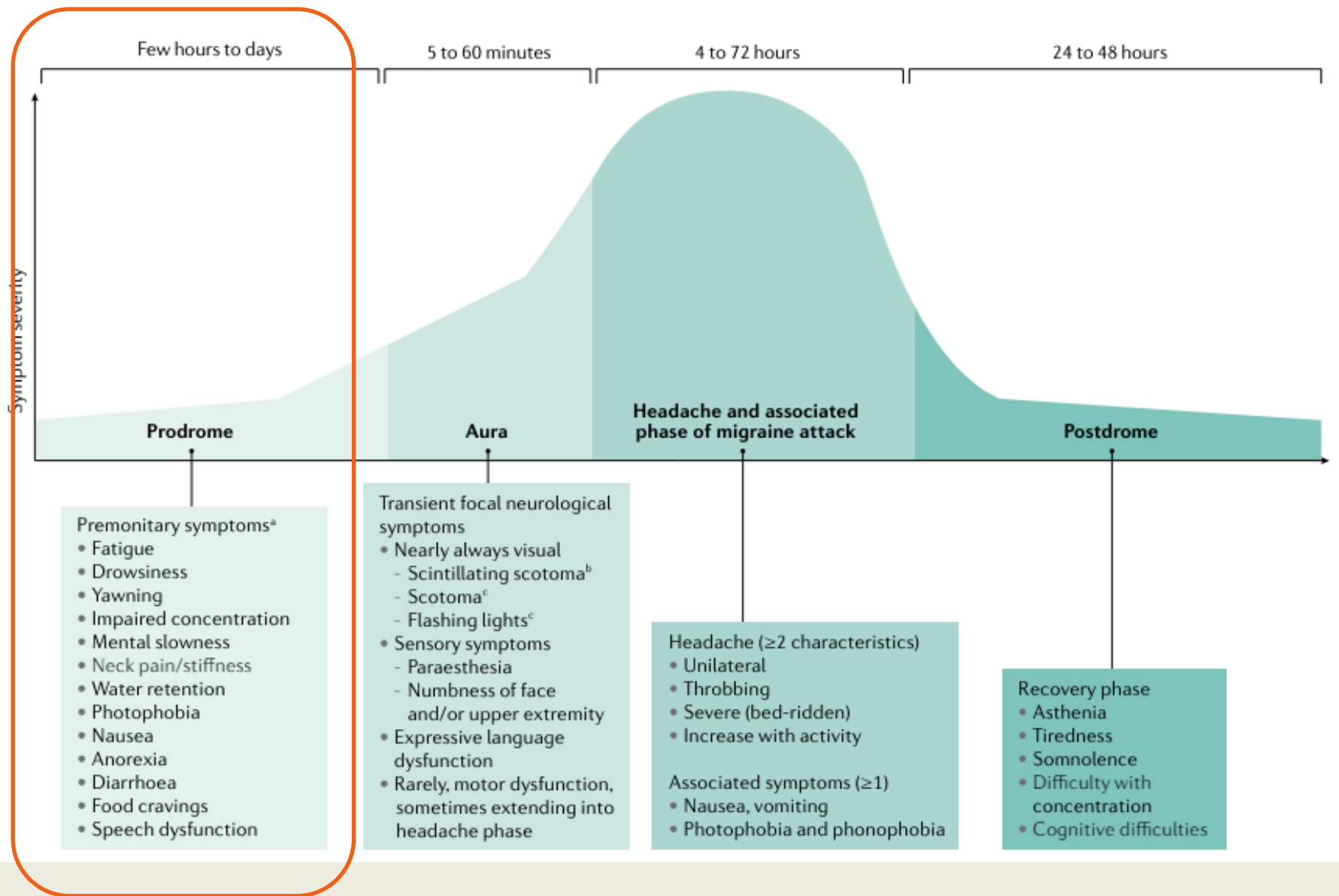
Distúrbio hereditário
do processamento
sensorial

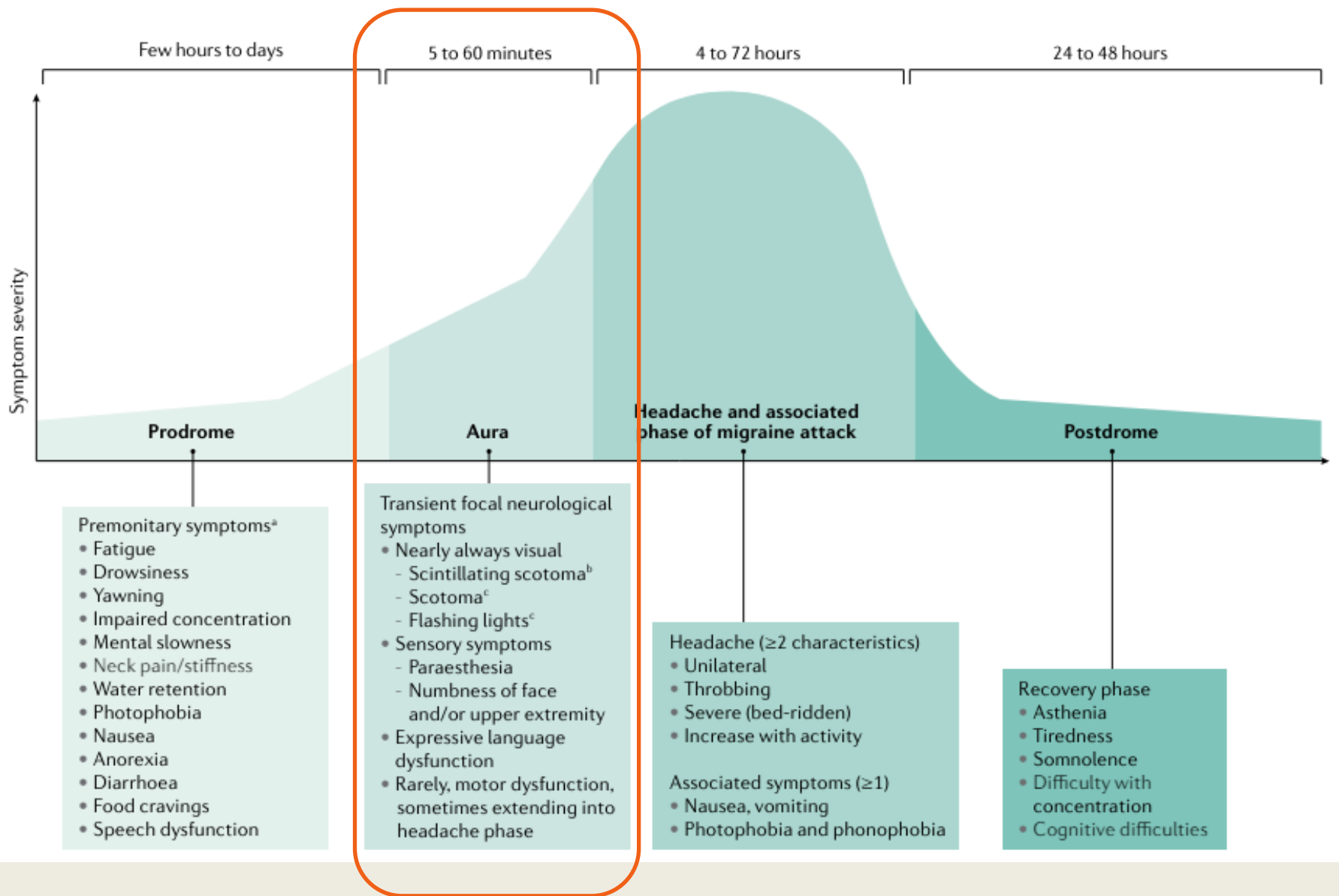
3 Mulheres : 1 Homem
~ 35 anos

Global Burden of
Disease Study 2016: 2ª
causa de incapacidade
em < 50 anos

5 fases pré
estabelecidas



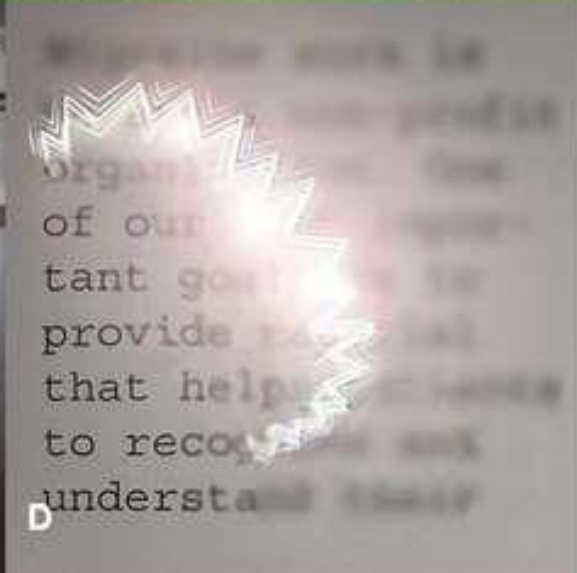


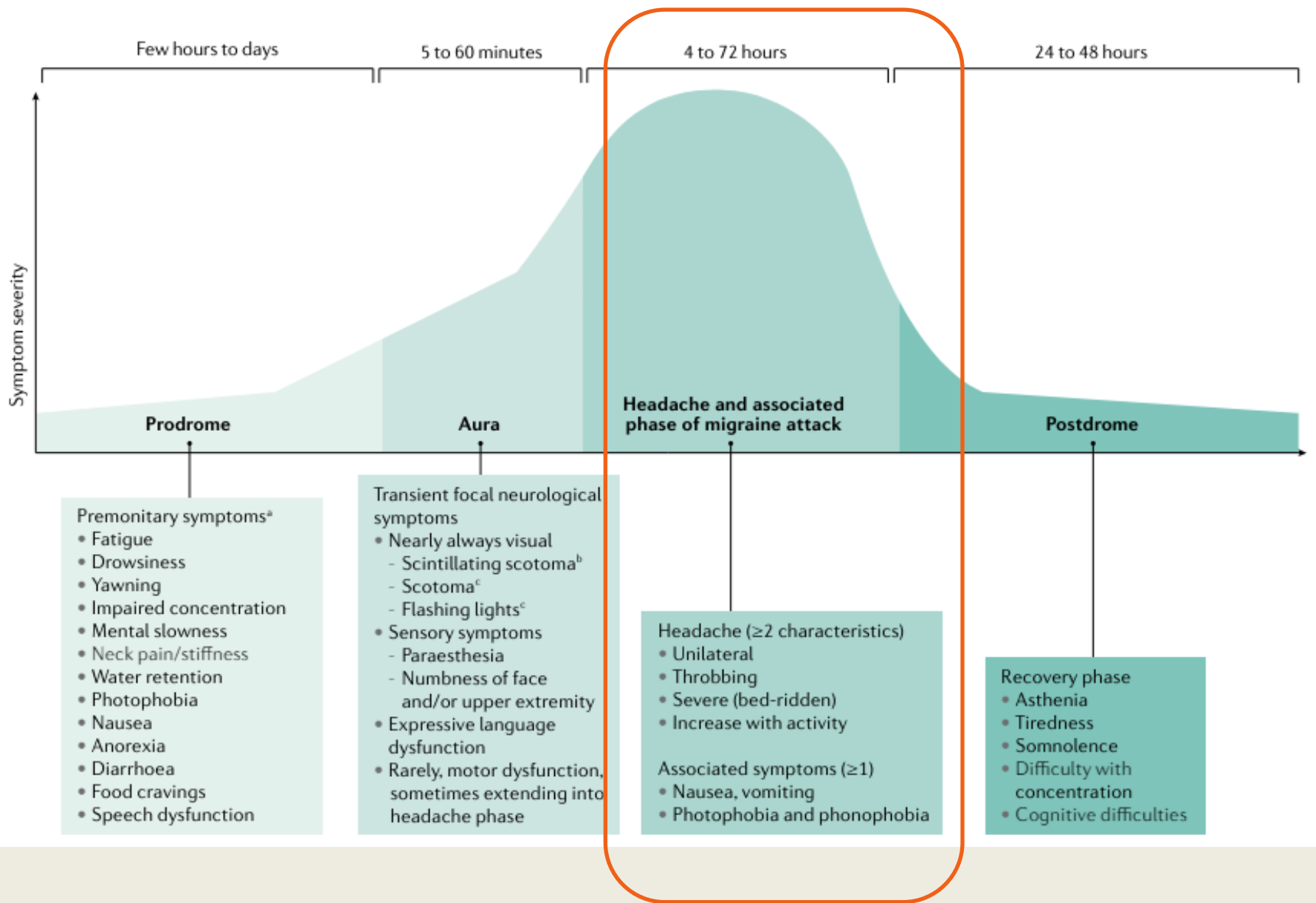


Despolarização cortical alastrante

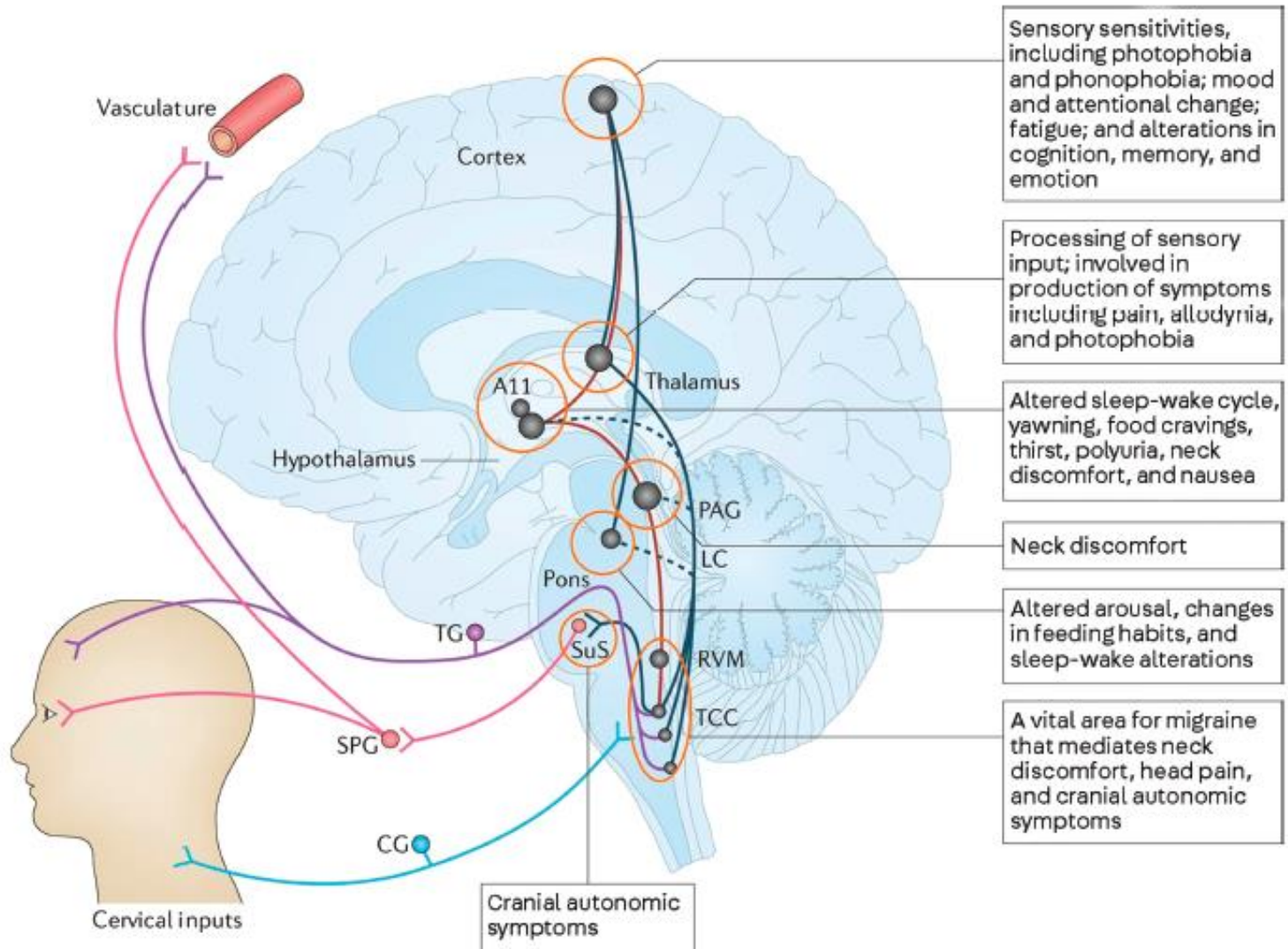


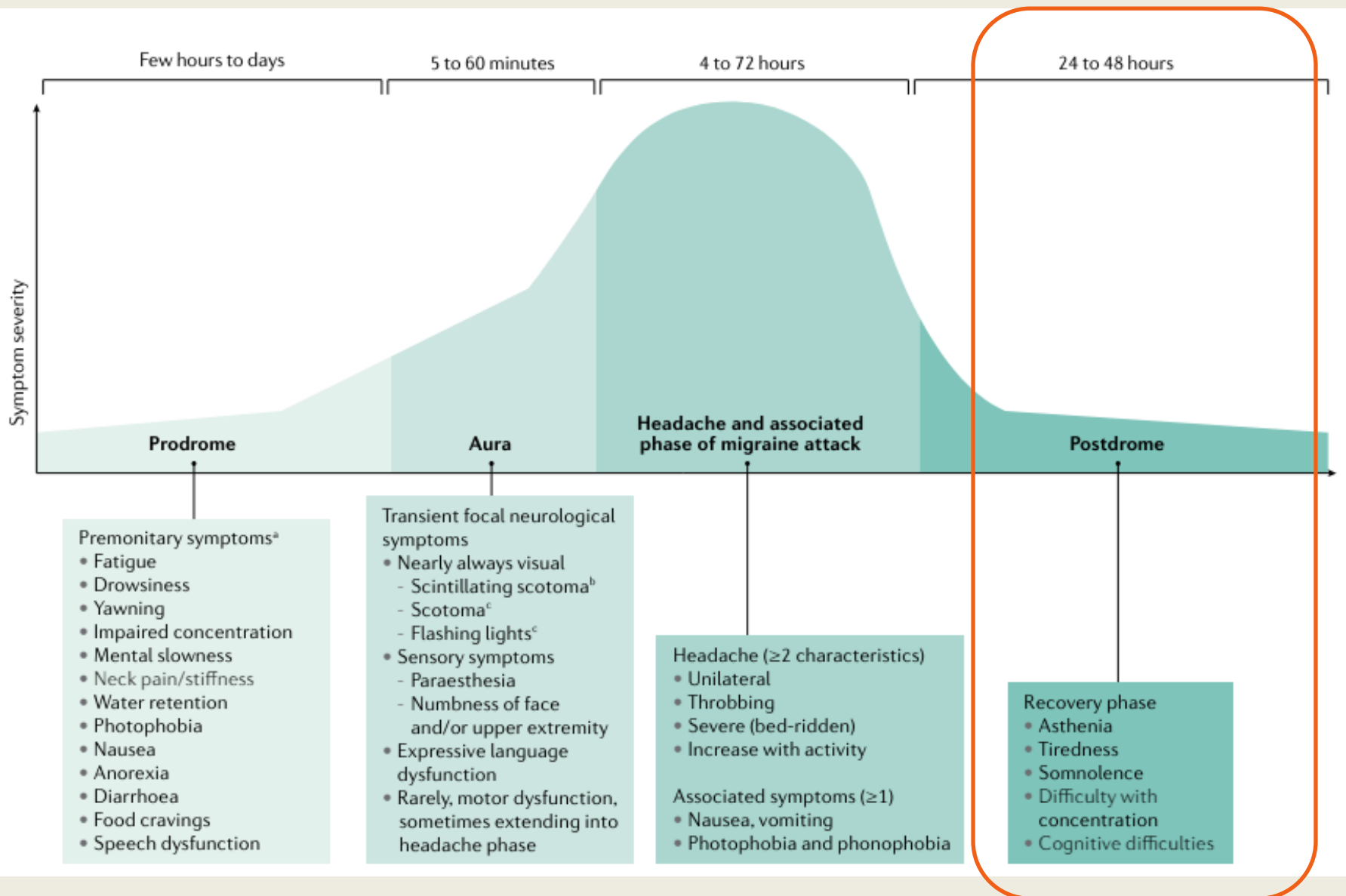






Fisiopatologia da Dor





Fase interictal

- Momentos sem a dor de cabeça
- Mas podem apresentar:
 - Hipersensibilidade sensorial (luz, sons e odores)
 - Sintomas autonômicos
 - Disfunção cognitiva
- Mecanismos pouco compreendidos

Classificação

**Migrânea
sem aura**

**Migrânea
com Aura**

**Migrânea
Crônica**

**Provável
Migrânea**

Critérios diagnósticos – Migrânea sem aura

A. Ao menos 5 crises preenchendo os critérios de B a D

B. Crises de cefaleia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)

C. A cefaleia possui ao menos duas das seguintes características:

- 1. localização unilateral**
- 2. caráter pulsátil**
- 3. intensidade da dor moderada ou forte**
- 4. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escadas)**

D. Durante a cefaleia, ao menos um dos seguintes:

- 1. náusea e/ou vômito**
- 2. fotofobia e fonofobia**

E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Critérios diagnósticos – Migrânea com Aura

A. Ao menos 2 crises preenchendo os critérios B e C

B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura plenamente reversíveis:

1. visual
2. sensorial
3. fala e/ou linguagem
4. motor
5. tronco cerebral
6. retiniano

C. Ao menos 3 das seis seguintes características:

1. ao menos um sintoma de aura alastra-se gradualmente por ≥ 5 minutos
2. dois ou mais sintomas de aura ocorrem em sucessão
3. cada sintoma de aura individual dura 5-60 minutos
4. ao menos um sintoma de aura é unilateral
5. ao menos um sintoma de aura é positivo
6. a aura é acompanhada, ou seguida dentro de 60 minutos, por cefaleia

D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Crítérios diagnósticos – Migrânea Crônica

A. Cefaleia (migrânea símile ou do tipo tensão símile) em **≥15 dias por mês por >3 meses** e preenchendo os critérios B e C

B. Ocorrendo em um paciente que tenha apresentado ao menos cinco crises preenchendo os critérios B-D para *Migrânea sem aura e/ou os critérios B e C para Migrânea com aura*

C. **Em ≥8 dias/mês por >3 meses**, preenchendo qualquer dos seguintes:

1. critérios C e D para 1.1 *Migrânea sem aura*
2. critérios B e C para 1.2 *Migrânea com aura*
3. interpretada pelo paciente como sendo migrânea no início e aliviada por um triptano ou derivado do ergot

D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Tratamento



Tratamento não farmacológico: para todos

Educação sobre a cefaleia

- Gatilhos, história natural e as opções e objetivos do tratamento

Medidas comportamentais

- Higiene do sono, atividade física regular, hábitos de vida saudável, gestão do estresse, técnicas de relaxamento, acupuntura

Terapia cognitivo comportamental

Tratamento Agudo

Tratamento não específico: dores leves a moderadas

- Paracetamol 1 grama 6/6h
- Dipirona 1 grama 6/6h
- AINES: nível A para tratamento agudo de migrânea ou em combinação com cafeína
 - Ibuprofeno: 400-800mg 6/6h
 - Diclofenaco 50 mg 8/8h
 - Cetoprofeno 50 mg 6/6h
 - Naproxeno 550mg 12/12h
 - Cetorolaco 20 mg 8/8h
- Antiemético, se náuseas
 - Metoclopramida 10 mg
 - Dimenidrato 50 mg

Tratamento Agudo

Tratamento não específico: dores leves a moderadas

- Paracetamol 1 grama 6/6h
- Dipirona 1 grama 6/6h
- AINES: nível A para tratamento agudo de migrânea ou em combinação com cafeína
 - Ibuprofeno: 400-800mg 6/6h
 - Diclofenaco 50 mg 8/8h
 - Cetoprofeno 50 mg 6/6h
 - Naproxeno 550mg 12/12h
 - Ceterolaco 20 mg 8/8h
- Antiemético, se náuseas
 - Metoclopramida 10 mg
 - Dimenidrato 50 mg

ATENÇÃO AO USO EXCESSIVO DE TAIS MEDICAÇÕES (EVITAR \geq 10- 15 DIAS NO MÊS)

Tratamento Agudo Específico

Triptano	Sumatriptana	Rizatriptana	Naratriptana	Zolmitriptano
<ul style="list-style-type: none">• 1ª linha para crise moderada a grave• Medicamentos agonistas seletivos da 5HT (1b/d): vasoconstrição, agonismo com serotonina e redução da ativação das vias da dor (via trigeminal)• EC: parestesia, boca seca, dispepsia, sensação de calor ou frio, desconforto torácico• CI: paciente com doença vascular estabelecida (IAM, AVC, HAS não controlada)	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral, spray nasal e SC• 25-50-100mg oral• 6 mg SC• 10-20 mg nasal• Tem comprimido associado ao naproxeno • Não exceder 200mg/24h• Intervalo mínimo de 2h para tomar segunda dose• Início de ação rápido	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral e comprimido de desintegração oral• 10 mg• Não exceder 30 mg/24h• Início de ação rápida	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral• 2,5 mg• Tempo de vida mais longo (menor eficácia para cortar a crise migranosa) • Intervalo mínimo entre segunda dose: 4h• A que tem preço mais acessível	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral, comprimido de desintegração oral, spray nasal• 2,5 mg ou 5 mg oral• 5 mg spray nasal• Início de ação rápido

Tratamento Agudo Específico

Triptano	Sumatriptana	Rizatriptana	Naratriptana	Zolmitriptano
<ul style="list-style-type: none">• 1ª linha para crise moderada a grave• Medicamentos agonistas seletivos da 5HT (1b/d): vasoconstrição, agonismo com serotonina e redução da ativação das vias da dor (via trigeminal)• EC: parestesia, boca seca, dispepsia, sensação de calor ou frio, desconforto torácico• CI: paciente com doença vascular estabelecida (IAM, AVC, HAS não controlada)	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral, spray nasal e SC• 25-50-100mg oral• 6 mg SC• 10-20 mg nasal• Tem comprimido associado ao naproxeno • Não exceder 200mg/24h• Intervalo mínimo de 2h para tomar segunda dose• Início de ação rápido	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral e comprimido de desintegração oral• 10 mg• Não exceder 30 mg/24h• Início de ação rápida	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral• 2,5 mg• Tempo de vida mais longo (menor eficácia para cortar a crise migranosa) • Intervalo mínimo entre segunda dose: 4h• A que tem preço mais acessível	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido oral, comprimido de desintegração oral, spray nasal• 2,5 mg ou 5 mg oral• 5 mg spray nasal• Início de ação rápido

ATENÇÃO AO USO EXCESSIVO DE TAIS MEDICAÇÕES (EVITAR \geq 10 DIAS NO MÊS)

Tratamento Agudo Específico

Derivado Ergot

- Agonista receptor 5HT 1b/1d/1f, liga-se a receptores 5HT 1a/2^a, receptor adrenérgico, colinérgico e dopaminérgico
- Usamos em pacientes que não respondem aos triptanos
- Baixa tolerabilidade e baixa biodisponibilidade VO: náuseas, vômitos, efeitos cardiovasculares
- No Brasil: Cefaliv, cefalium (combinação com outras medicações)

Ditans e Gepans

- Não tem no Brasil
- Sem previsão de chegada
- Ditans: agonistas seletivos dos receptores 5HT1f, atuam no sistema trigeminal e não causam vasoconstrição
- Gepans: agonistas do receptor CGRP (peptídeo relacionado a calcitonina)

Neuromodulação

- Dispositivos não invasivos que ajudam no controle da dor aguda
- Custo pode ser um fator impeditivo para alguns pacientes

Tratamento Profilático

Para quem?

- Pacientes com 3 crises ou mais no mês
- Pelo menos 1 crise incapacitante

Objetivo do tratamento

- Reduzir frequência e intensidade das crises
- Melhorar qualidade de vida do paciente
- Não é curar, mas controlar a doença
- Alinhar expectativas
- Atenção a adesão ao tto

Tempo de tratamento

- Variável: 6 a 12 meses(pode durar mais)
- Iniciamos redução da medicação após redução de 75% dos dias mensais de dor
- Monitorar recorrência

Tratamento Profilático

Várias classes de
medicações

A escolha depende
do perfil/
comorbidades do
paciente

Sempre reforçar
adesão ao tto não
medicamentoso e
medicamentoso

Conversar sobre os
possíveis efeitos
colaterais

Objetivar a
resposta: diário da
cefaleia

Tratamento Profilático

Classes Farmacológicas

- Antidepressivos (tricíclicos e duais)
- Antiepiléptico
- Anti-hipertensivo (betabloqueadores e outras classes)
- Nutracêuticos (suplementos)
- Anticorpo monoclonal
- Toxina botulínica

Tratamento Profilático

	Medicação	Dosagem	Para quem:	Evitar:
Antidepressivos	Amitriptilina (Canadense e Europeia: nível A; AAN: nível B)	Início: 10 mg à noite Dose alvo: 50 mg a noite	Paciente ansioso, queixa de sono, dor neuropática, cefaleia tensional	idosos, glaucoma, obesos, ICC EC: sonolência, boca seca, ganho ponderal, constipação, retenção urinária, taquicardia
	Nortriptilina (Nível U)	Início: 10 mg Dose alvo: 50 mg a noite	Paciente ansioso, queixa de sono, dor neuropática, cefaleia tensional Vantagem: Menos efeitos colaterais. Bom sinergismo com topiramato	idosos, glaucoma, obesos, ICC EC: iguais da amitriptilina mas em menor quantidade
	Venlafaxina (inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina) (Nível B)	Início: 37,5 cedo Dose alvo: 75 a 225 mg	Paciente depressivo, fadiga, sintomas cognitivos	Paciente com hipertensão mal controlada EC: sintomas gastrointestinais
	Duloxetina (sem nível de evidência)	Início: 30 mg cedo Dose alvo: 60 mg cedo	Paciente com dor global além da cefaleia, sintomas depressivos	

Tratamento Profilático

	Medicação	Dosagem	Para quem:	Evitar:
Antiepléptico	Topiramato (nível A)	Início: 25 mg Dose alvo: 50 mg 12/12h	1ª linha de tratamento para migrânea crônica	Nefrolitíase, gravidez, glaucoma EC: perda de peso, sintomas cognitivos, dificuldade em encontrar palavras
	Valproato de Sódio (nível A)	Início: 250 mg noite Dose alvo: 500 mg 12/12h	Paciente com transtorno do humor, epilepsia	Gravidez EC: teratogênico, ganho de peso, sonolência, queda capilar,, hepatotoxicidade, trombocitopenia
	Gabapentina (nível U)	Início: 300 mg noite Dose alvo: 900 mg 8/8h	Paciente com dor neuropática	EC: sedação, vertigem, edema periférico, ganho de peso, sintomas gastrointestinais

Tratamento Profilático

	Medicação	Dosagem	Para quem:	Evitar:
Antihipertensivos	Propranolol (nível A)	Início: 10 mg cedo Dose alvo: 60mg cedo ou 40 mg 12/12h	Paciente ansioso, hipertenso, grávidas	Paciente com asma, hipotensão, fadiga com intolerância à atividade física EC: hipotensão, fadiga
	Metoprolol (nível A)	Início: 25 mg Dose alvo: 50 mg 12/12h	Paciente ansioso, hipertenso (improvável que piora quadro asmático por ser cardioseletivo)	hipotensão, fadiga com intolerância À atividade física EC: hipotensão, fadiga
	Verapamil (nível U)	Início: 80mg/dia Dose alvo: 80 mg 8/8h	Paciente com aura prolongada, aura de tronco ou migrânea hemiplégica	Paciente hipotenso

Tratamento Profilático

Nutracêuticos (nenhum aprovado pelo FDA)	Dosagem	Efeito Colateral
Magnésio quelato (nível B)	Dose: 200 a 300 mg 12/12h ou 400 a 600mg 1/dia	Diarreia, náusea
Vitamina B2 (Riboflavina) – nível B	Dose 200 mg 12/12h ou 400 mg 1/dia	Diarreia, micção frequente, coloração mais escura da urina
Erva matricária – feverfew (nível B)	Dose: 50-300 mg/dia	Náusea, edema, evitar em pessoas com alergia a ambrósia ou camomila
Coenzima Q10 (nível C)	Dose: 300mg 1/dia	Nenhum relatado
Melatonina (nenhuma)	Dose: 3 mg/noite	Fadiga, sedação

Tratamento Profilático

	Medicação	Dosagem	Para quem:	Evitar:
	Onatoxinabotulínica A (BOTOX)	Protocolo PREEMPT 2	1ª linha de tratamento na migrânea crônica	Gravidez
	Anticorpos monoclonais CGRP (peptídeo relacionado ao gene da calcitonina)	Eptinezumab (EV – Vyepti) Erenumab (SC mensal - Pasurta) Fremanezumab (SC mensal – Ajovy) Galcanezumab (SC – Emgality)	Enxaqueca episódica ou crônica	Limitante: preço EC: poucos efeitos colaterais



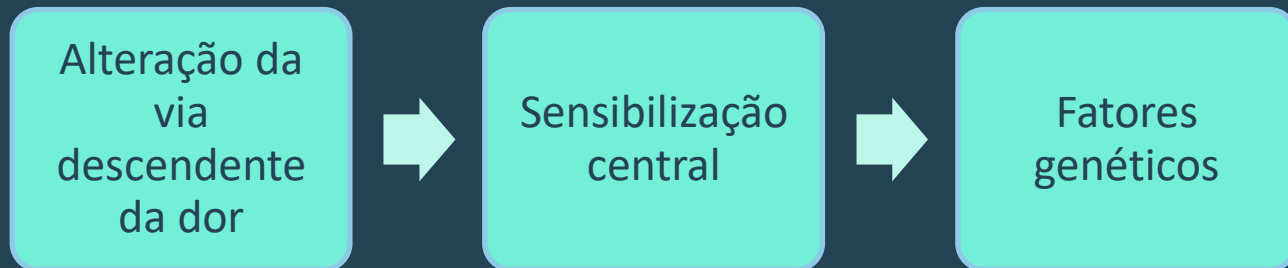
Cefaleia por uso excessivo de medicamentos

Cefaleia secundária

Mais comum em pacientes com cefaleia pré existente do tipo crônica (> 15 dias no mês) que não realizam tratamento profilático adequado

Melhora do quadro após a interrupção do uso excessivo de analgésicos

Fisiopatologia da Cefaleia por uso excessivo de medicações



Diagnóstico da Cefaleia por uso excessivo de medicações

- Diagnóstico é clínico e baseado nos critérios diagnósticos da ICHD3
- Devemos questionar todos os pacientes sobre frequência de analgésicos

Critérios diagnósticos

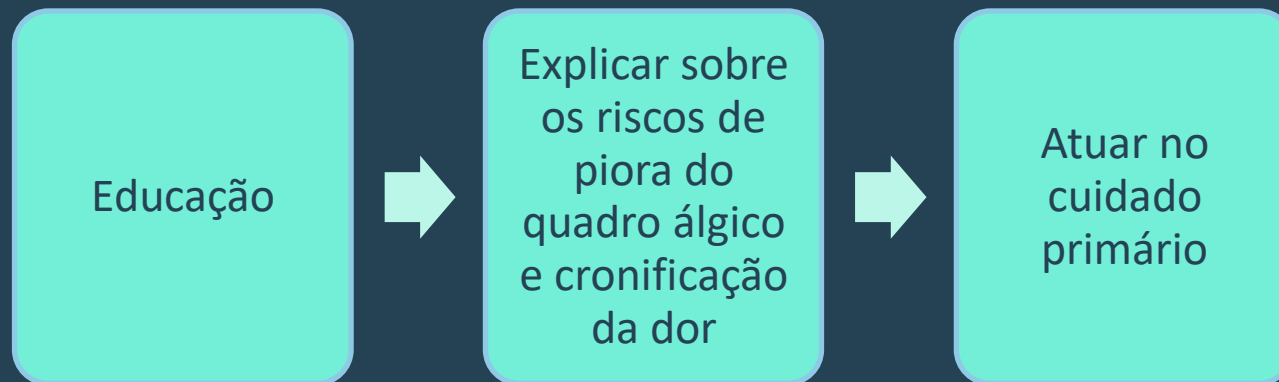
A. Cefaleia ocorrendo em ≥ 15 dias/mês em um paciente com uma cefaleia pré-existente

B. Uso excessivo regular por >3 meses de um ou mais fármacos que podem ser ingeridos para o tratamento sintomático e/ou agudo de cefaleia

- Ergotamina, triptanos, opioide, analgésicos combinados (paracetamol + cafeina): ≥ 10 dias/mês, por >3 meses.
- Dipirona, paracetamol, AINE: ≥ 15 dias/mês, por >3 meses.

C. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Tratamento da Cefaleia por uso excessivo de medicações



Tratamento da Cefaleia por uso excessivo de medicações

Iniciar tratamento profilático imediatamente

Orientar a redução/ descontinuação dos analgésicos atuais

Para auxiliar: off label

1. Clorpromazina 4%: 10 gotas a noite nos primeiros 9 dias (pode deixar SOS 10 gotas 8/8 horas se paciente tolerar)
2. Prednisona 20 mg: 3 cps pela manhã por 3 dias → 2 cps pela manhã por 3 dias → 1 cp pela manhã por 3 dias.
3. Bloqueio com lidocaína

Guia geral do tratamento nas cefaleias

Orientar medidas comportamentais e mudanças do estilo de vida

- Atividade física regular, higiene do sono, manejo do estresse

Avaliar comorbidades que podem influenciar na eficácia do tratamento

- Condições psiquiátricas, insônia

Estabelecer tratamento agudo eficaz e sempre orientar sobre risco da cefaleia por uso excessivo de analgésicos

Escolha de medicação profilática de acordo com perfil do paciente (tratamento é individualizado)

- Orientar sobre possíveis efeitos colaterais e sempre iniciar com dose baixa e objetivar atingir a dose alvo sem efeitos colaterais

Diário da cefaleia

- Para acompanhar a evolução e guiar o tempo do tratamento.

Referências

- The International Classification of Headache Disorders – 3rd ed. (2018) ICHD-3
- Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, Feraud T, Noëlle B, Rondet C, Donnet A. French Guidelines For the Emergency Management of Headaches. *Rev Neurol (Paris)*. 2016 Jun-Jul;172(6-7):350-60. doi: 10.1016/j.neurol.2016.06.005. Epub 2016 Jul 1. PMID: 27377828.
- Swadron SP. Pitfalls in the management of headache in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2010; 28: 127-147.
- Dodick DW. Pearls: headache. *Semin Neurol* 2010; 30(1):74-81. doi:10.1055/s-0029-1245000
- Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol*. 2008 Jan;7(1):70-83. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70325-3. PMID: 18093564.
- Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, Yamani N, Wang SJ, Messina R, Ashina H, Buse DC, Pozo-Rosich P, Jensen RH, Diener HC, Lipton RB. Tension-type headache. *Nat Rev Dis Primers*. 2021 Mar 25;7(1):24. doi: 10.1038/s41572-021-00257-2. PMID: 33767185.
- Recober A - Pathophysiology of Migraine MD Headache p. 586-596 June 2021, Vol.27, No.3 doi: 10.1212/CON.0000000000000983
- Burch R, MD, FAHS - Preventive Migraine Treatment . Headache p. 613-632 June 2021, Vol.27, No.3 doi: 10.1212/CON.0000000000000957
- Ailani J, MD, FAHS, FAAN - Acute Migraine Treatment. Headache p. 597-612 June 2021, Vol.27, No.3 doi: 10.1212/CON.0000000000000956
- Santos PSF, Melhado EM, Kaup AO, Costa ATNMD, Roesler CAP, Piovesan ÉJ, Sarmento EM, Theotonio GOM, Campos HC, Fortini I, Souza JA, Júnior JAM, Segundo JBA, Carvalho JJF, Speziali JG, Calia LC, Barea LM, Queiroz LP, Souza MNP, Figueiredo MRFC, Costa MENM, Peres MFP, Jurno ME, Peixoto PM, Kowacs PA, Rocha-Filho PAS, Filho PFM, Silva-Neto RP, Fragoso YD. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for prophylactic treatment of episodic migraine: part II. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022 Sep;80(9):953-969. English. doi: 10.1055/s-0042-1755320. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36257618.
- GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
- *Lancet Neurol*. 17, 954–976 (2018). An important study that used data from the GBD 2016 study to provide global, regional, and national estimates for prevalence and years of life lived with disability for migraine and TTH.
- Medication overuse headache. *Nat Rev Dis Primers* 9, 6 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00422-9>
- Ferrari, M.D., Goadsby, P.J., Burstein, R. *et al.* Migraine. *Nat Rev Dis Primers* 8, 2 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00328-4>

Gravidez – Tratamento agudo

MEDICAMENTO	SEGURANÇA	EFICÁCIA
Metoclopramida	Mais seguro	Eficácia moderada
Lidocaina (SC, intranasal)	Mais seguro	Eficácia moderada
Paracetamol	Mais seguro	Eficácia moderada
Ciclobenzaprina	Mais seguro	Eficácia moderada
Diefidramina (adjuvante na sedação)	Mais seguro	Menos eficaz
Ondasentrona (adjuvante para náusea)	Entre as categorias de segurança mais segura e moderada	Mais eficaz
Triptano	Entre as categorias de segurança mais segura e moderada	Mais eficaz
Ibuprofeno (apenas para uso no segundo trimestre)	Segurança moderada	Eficácia moderada
Prednisona	Segurança moderada	Eficácia moderada
Proclorperazina	Segurança moderada	Eficácia moderada
Oxicodona (geral/ não recomendado para migração)	Segurança moderada	Menos eficaz
Butalbital (geral/ não recomendado para migração)	Segurança moderada	Menos eficaz
lasmiditan	Menos seguro	Mais eficaz
Gepants (rimegepant, ubrogepant)	Menos seguro	Mais eficaz
Sulfato de magnésio (EV)	Menos seguro	Menos eficaz
Ergots	Menos seguro	Eficácia moderada

Gravidez – Tratamento profilático

MEDICAÇÃO	SEGURANÇA	EFICÁCIA
Propranolol	Mais seguro	Mais eficaz
Magnésio	Mais seguro	Menos eficaz
Memantina	Mais seguro	Moderadamente eficaz
Coenzima Q10	Mais seguro	Menos eficaz
Venlafaxina	Moderadamente seguro	Moderadamente eficaz
Onabotulinatoxina A	Moderadamente seguro	Mais eficaz
Amitriptilina/nortriptilina	Moderadamente seguro	Mais eficaz
Riboflavina	Moderadamente seguro	Menos eficaz
Verapamil	Moderadamente seguro	Menos eficaz
Gabapentina	Moderadamente seguro	Menos eficaz
Tratamentos direcionados ao peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (erenumabe, fremanezumabe, galcanezumabe, eptinezumabe, rimegepant, atogepant)	Menos seguro	Mais eficaz
Topiramato	Menos seguro	Mais eficaz
Lisinopril	Menos seguro	Moderadamente eficaz
Candesartana	Menos seguro	Moderadamente eficaz
Acido Valproico	Menos seguro	Menos eficaz
Feverfew	Menos seguro	Menos eficaz

Infância – Tratamento Agudo

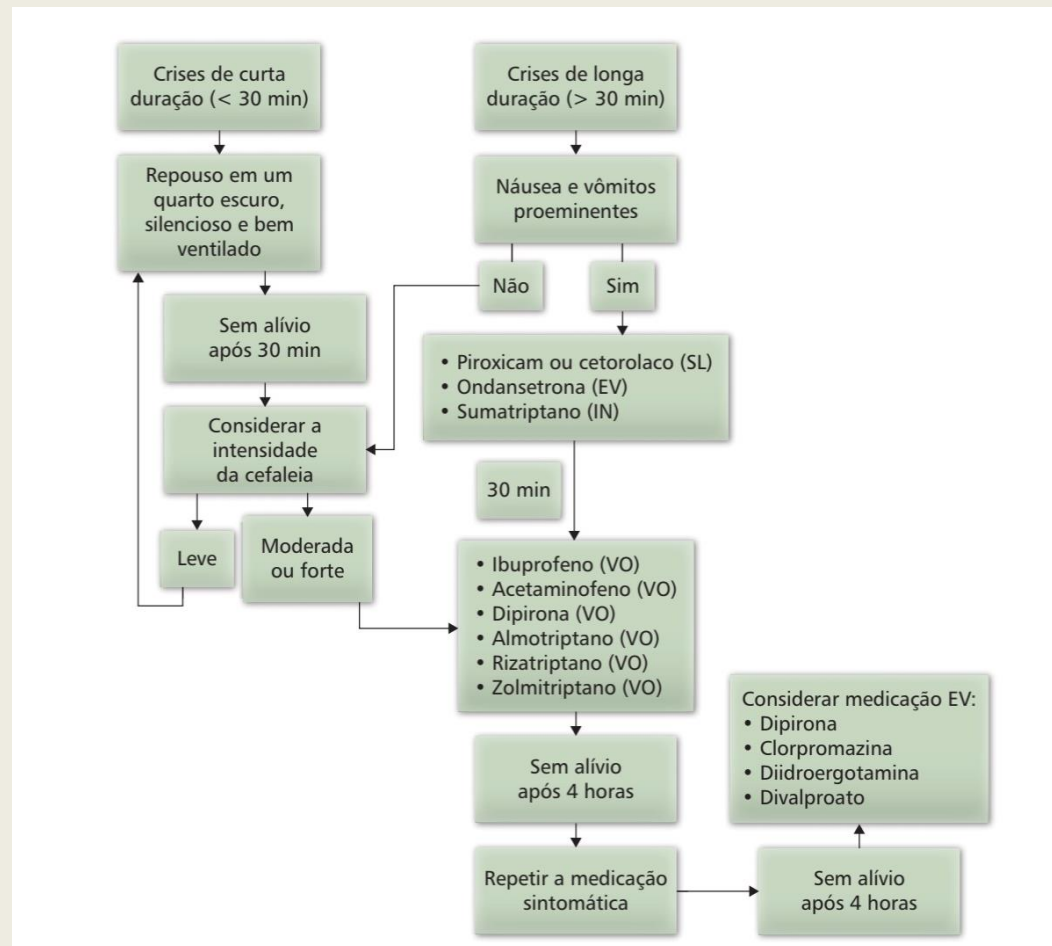
Tabela 15.5 (Continuação) Medicamentos utilizados para o tratamento sintomático das crises de enxaqueca. ⁶⁵					
Medicação Idade*	Posologia		Formulações disponíveis mais comuns para uso pediátrico	Eventos adversos	Recomendação
	< 40 kg	> 40 kg			
AINEs					
Cetorolaco > 4 anos	0,5–1 mg/kg, SL, em dose única, não excedendo 20 mg/dose		Comp. SL 10 mg	Diarreia, cefaleia, náusea, tontura, sonolência, edema, dispepsia, hipertensão arterial, urticária, púrpura	Classe IV, nível U ⁷⁰
Piroxicam > 12 anos	—	0,25–0,5 mg/ kg, SL, em dose única, não excedendo 20 mg/dose	Comp. SL 20 mg	Úlceras orais, diarreia, constipação, flatulência, cefaleia, náusea, tontura, sonolência, edema, dor abdominal, hipertensão arterial, urticária, púrpura	Classe IV, nível U ^{71, 72}
Triptanos					
Almotriptano > 12 anos	—	6,25–12,5 mg	Comp. 6,25 mg; 12,5 mg	Náusea, vômitos, dor abdominal, rigidez leve transitória, sonolência	Classe I, nível A ⁷³
Sumatriptano > 8 anos	10–20 mg/dose		Spray nasal 10 mg/ 0,1 mL (cada instilação corresponde a 10 mg)	Alteração do paladar, parestesias, ruborização facial, desconforto torácico, fadiga	Classe I, nível A ⁷⁴⁻⁷⁶
Rizatriptano > 6 anos	5 mg	10 mg	Comp. 5 mg; 10 mg Comp. RPD 10 mg	Astenia, tontura, boca seca	Classe I, nível B ⁷⁷⁻⁷⁹
Zolmitriptano > 12 anos	—	2,5–5 mg	Comp. 2,5 mg Comp. OD 2,5 mg	Tontura, sonolência e fraqueza	Classe IV, nível U ⁸⁰
Outros					
Clorpromazina > 12 anos	—	0,1 mg/kg, EV, não excedendo 25 mg/dose	Sol. injetável 25 mg	Sonolência, hipotensão, xerostomia, constipação, retenção urinária, prolongamento do intervalo QT, alterações motoras extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna (raro)	Classe IV, nível U ⁸¹
Diidroergotami- na** 6 – 8 anos 9 – 11 anos ≥ 12 anos	0,1 mg/ dose, EV 0,15 mg/ dose, EV	0,2 mg/dose, EV	Sol. injetável 1 mg	Náusea, vômitos, ansiedade, desconforto torácico, urticária, ruborização facial, hipertensão arterial	Classe IV, nível U ⁸²
Divalproato de sódio > 10 anos	—	15 mg/kg, EV Máx. 1.000 mg	Sol. injetável 500 mg	Sintomas de resfriado comum, tontura, náusea, parestesia e taquicardia	Classe IV, nível U ⁸³
Ondansetrona > 3 anos	0,1 mg/ kg, EV	4 mg, EV	Sol. injetável 4; 8 mg	Cefaleia, sonolência, fadiga, alterações motoras extrapiramidais (raro)	Classe IV, nível U ⁸⁴

Infância – Tratamento Agudo

Tabela 15.5 Medicamentos utilizados para o tratamento sintomático das crises de enxaqueca.⁶⁵

Medicação Idade*	Posologia		Formulações disponíveis mais comuns para uso pediátrico	Eventos adversos	Recomendação
	< 40 kg	> 40 kg			
AINEs					
Ibuprofeno > 4 anos	10 mg/kg	400–1.200 mg/dose Até 1.600 mg/dia	Susp. oral 100 mg/mL (10 mg/gota) Comp. 200 mg; 300 mg; 400 mg; 600 mg	Tontura, cefaleia, dispepsia, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, flatulência, discrasias sanguíneas	Classe I, nível A ^{66, 67}
Acetaminofeno > 4 anos	15 mg/kg/dose	500–1.000 mg/dose Até 4.000 mg/dia	Sol. oral 200 mg/mL (13,3 mg/gota) Comp. 500 mg; 750 mg	Náusea, vômitos, urticária e hepatotoxicidade (raro)	Classe I, nível B ^{58, 67}
Dipirona > 4 anos	10 mg/kg	500–1.000 mg/dose Até 3.000 mg/dia	Sol. oral 500 mg/mL (25 mg/gota) Comp. 500 mg; 1.000 mg Sol. injetável 500 mg	Hipotensão, urticária e outras reações anafiláticas, discrasias sanguíneas, insuficiência renal aguda (raro)	Classe IV, nível U ^{68, 69}

Infância – Tratamento Agudo



Infância Tratamento profilático

Tabela 15.8 Medicamentos utilizados para o tratamento profilático da enxaqueca. ⁸⁶				
Medicação	Posologia	Formulações disponíveis	Eventos adversos	Recomendação
Antidepressivos				
Amitriptilina*	0,25–1 mg/kg/dia, 24/24h (10–75 mg/dia)	Comp. 10 mg, 25 mg, 75 mg	Sonolência, aumento do apetite, ganho de peso	Classe IV, nível U
Trazodona*	1 mg/kg/dia, 24/24h (25 mg–50 mg/dia)	Comp. 50 mg, 100 mg Comp. retard 150 mg	Aumento de pensamentos suicidas, piora dos sintomas depressivos	Classe II, nível U ⁸⁷
Antiepiléticos				
Divalproato	15–45 mg/kg/dia, 12/12h (250 mg–1.000 mg/dia)	Comp. 250 mg, 500 mg Comp. ER 250 mg, 500 mg Cáp. <i>sprinkles</i> 125 mg	Desconforto gastrointestinal, ganho de peso, sonolência, tontura, tremor	Classe IV, nível U ⁸⁸
Topiramato	3–9 mg/kg/dia, 12/12h (25–200 mg/dia)	Comp. 25 mg, 50 mg, 100 mg Cáp. <i>sprinkles</i> 15 mg, 25 mg	Redução do apetite, perda de peso, sonolência, fadiga, tontura, hipoidrose, bradipsiquismo (menos frequente que em adultos), parestesias em extremidades, turvação visual	Classe IV, nível U ⁸⁹
Levetiracetam	20–40 mg/kg/dia, 12/12h (250–500 mg/dia)	Comp. 250 mg, 500 mg, 750 mg, 1.000 mg Susp. 100 mg/mL	Sonolência, tontura e irritabilidade	Classe IV, nível U ⁹⁰
Gabapentina	15 mg/kg/dia, 12/12h ou 8/8h (300–900 mg/dia)	Cáp. 300 mg, 400 mg, 600 mg	Não relatados	Classe IV, nível U ⁹¹
Outros				
Propranolol	1–4 mg/kg/dia, 12/12h ou 8/8h (20–120 mg/dia)	Comp. 10, 40, 80 mg Cáp. LA 80 mg	Náusea, dor abdominal e insônia	Classe II, nível U ^{88, 92, 93}
Flunarizina	5–10 mg/dia, 24/24h	Comp. 10 mg Gotas: 20 gotas = 5 mg	Ganho de peso, fadiga, desconforto gastrointestinal	Classe I, nível B ^{94, 95}
Ciproptadina*	0,2–1,5 mg/kg/dia, 24/24h (2–8 mg/dia)	Comp. 4 mg Xarope 1 mg/mL, 2 mg/5 mL, 4 mg/5 mL	Sonolência, aumento de apetite, ganho ponderal	Classe IV, nível U ⁹⁶
Toxina botulínica tipo A (onabotulinumtoxina)	100 U	Frascos 100 U, 200 U	Ptose palpebral, turvação visual, equimoses nos locais de injeção	Classe IV, nível U ⁹⁷

(Continua)

Infância Tratamento profilático

Tabela 15.8 (Continuação) Medicamentos utilizados para o tratamento profilático da enxaqueca.⁸⁶

Medicação	Posologia	Formulações disponíveis	Eventos adversos	Recomendação
Nutracêuticos				
Coenzima Q10	1–3 mg/kg/dia	Manipulação de ubiquinol	Não relatados	Classe II, nível U ⁹⁸
Riboflavina	50 mg/dia 200–400 mg/dia	Manipulação de riboflavina	Polaciúria, urina amarelo brilhante e diarreia	Classe I, nível U ⁹⁹
Magnésio	9 mg/kg/dia, 8/8h	Manipulação de cloreto de magnésio	Diarreia	Classe II, nível U ¹⁰⁰
Butterbur	50–150 mg/dia	Diversas	Erução	Classe II, nível U ¹⁰¹

* Administrar no período noturno, cerca de uma hora antes do horário em que se pretende que o paciente durma.

Infância Tratamento profilático

