



trabalho conjunto com

Lifting The Burden

A campanha Global para Reduzir as Dores de Cabeça a Nível Mundial

Parceria a decorrer entre a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)*, a Aliança Mundial de Cefaleias (World Headache Alliance)*, a Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society)* e a Federação Europeia de Cefaleias (European Headache Federation)*

Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários

Traduzido do original por Sociedade Portuguesa de Cefaleias em Março de 2010



INTRODUÇÃO

As cefaleias são doenças reais e, muitas vezes, para toda a vida. Têm uma elevada prevalência, afectando homens, mulheres e crianças, sem preferência geográfica e são incapacitantes. A Organização Mundial de Saúde classifica a enxaqueca entre as 20 principais causas de perda de anos de vida saudável por ano, a nível mundial. Só a enxaqueca é a causa de cerca de 400.000 dias de trabalho perdidos por ano, por milhão de habitantes, nos países desenvolvidos. A enxaqueca prejudica as relações familiares e sociais, afectando a qualidade de vida. No entanto, é apenas uma das cefaleias com importância a nível da saúde pública; outras, incluindo a cefaleia tipo tensão e as várias cefaleias crónicas diárias, são, segundo se estima, responsáveis no seu conjunto por provocar pelo menos tanta incapacidade como a enxaqueca. Se estes dados estiverem correctos, as cefaleias colectivamente deveriam estar entre as dez causas mais importantes – e provavelmente entre as cinco mais importantes – de incapacidade a nível mundial.

Os cuidados de saúde adequados deveriam aliviar esta sobrecarga, mas tal não acontece. Tal deve-se principalmente ao facto de os sistemas de saúde que deveriam prestar este tipo de cuidados não chegarem a muitos que deles precisam. *Lifting The Burden* é uma resposta a esta lacuna dos cuidados de saúde, que tem as suas raízes na insuficiente formação pré e pós-graduada.

Lançada em 2004, *Lifting The Burden* é uma colaboração formal entre a Aliança Mundial de Cefaleias (World Headache Alliance), a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization), a Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society) e a Federação Europeia de Cefaleias (European Headache Federation). A divulgação deste manual por todos os países europeus foi da iniciativa do actual Presidente da Federação Europeia de Cefaleias, Prof. Fábio Antonaci. A Sociedade Portuguesa de Cefaleias, por concordar com os seus objectivos, associou-se a esta campanha, procurando contribuir para a melhoria da abordagem das cefaleias, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários.

Março de 2010

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Cefaleias:

Jorge Machado

Raquel Gil Gouveia

Miguel Rodrigues

Gabriela Fernandes Machado



trabalho conjunto com

Lifting The Burden

A campanha Global para Reduzir as Dores de Cabeça a Nível Mundial

Parceria a decorrer entre a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)*, a Aliança Mundial de Cefaleias (World Headache Alliance)*, a Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society)* e a Federação Europeia de Cefaleias (European Headache Federation)*

Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários

Âmbito e Finalidade

As dores de cabeça constituem uma das dez principais causas de incapacidade na Europa. Há quatro importantes tipos de dores de cabeça, a ter em consideração nos cuidados primários, tanto pela sua frequência, como pelo facto de serem responsáveis por quase todas os malefícios relacionados com as dores de cabeça. A sua abordagem enquadra-se nos cuidados primários de saúde.

Os princípios aqui expostos têm por fim auxiliar os médicos dos cuidados primários a fazer o correcto diagnóstico deste reduzido número de entidades, a geri-los adequadamente, a reconhecer os indicadores de cefaleias graves e a encaminhar para os cuidados secundários, sempre que necessário. O objectivo destes princípios é proporcionar linhas de orientação concretas e acessíveis aos médicos não peritos nesta patologia.

Embora a ênfase recaia sobre o aconselhamento básico, existem diferentes opções possíveis, aplicáveis caso a caso, pois a disponibilidade e a homologação regulamentar dos medicamentos, bem como as políticas de reembolso, variam de país para país.

Para uma melhor compreensão dos mesmos, **os princípios aqui expostos** deverão ser lidos na sua íntegra, apesar de se dividirem em doze ferramentas de gestão isoladas, agrupadas em três secções:

Linhas de orientação para o diagnóstico (algumas partes deverão ser assimiladas na prática regular, enquanto outras poderão funcionar como lista de referência e auxiliares de memória)

1. A cefaleia como queixa
2. Diagnóstico da cefaleia
3. Características típicas dos tipos mais comuns de cefaleia
4. Diagnóstico diferencial dos tipos mais comuns de cefaleia.

Linhas de orientação para a abordagem (fontes de informação a servir de referência, após o diagnóstico – a ferramenta de abordagem nº 6 inclui orientações acerca da informação a fornecer ao doente)

5. Aspectos gerais da gestão da cefaleia
6. Conselhos a fornecer ao doente
7. Abordagem clínica da enxaqueca aguda
8. Abordagem profiláctica da enxaqueca
9. Abordagem clínica da cefaleia tipo tensão
10. Abordagem clínica da cefaleia em salvas
11. Abordagem da cefaleia por uso excessivo de medicação

Linhas de orientação para a referenciação (guia e auxiliar de memória)

12. Abordagem da cefaleia nos cuidados de saúde primários: quando referenciar

Os princípios aqui postulados são complementados pelo índice HALT (Anexo 1) de Tempo Perdido Associado à Cefaleia (*Headache-Attributed Lost Time*) – a medida da incapacidade da cefaleia – e por uma série de folhetos informativos elaborados pela campanha *Lifting The Burden*, para o paciente.

A EuroHead (com o apoio do Concelho Europeu do Cérebro, o EBC – *European Brain Council*) está a desenvolver um diário de diagnóstico e a parceria *Lifting The Burden* procede à elaboração do índice HURT (Anexo 2), Resposta da Cefaleia ao Tratamento (*Headache Under-Response to Treatment*), como medida especificamente concebida para a orientação do acompanhamento nos cuidados primários.

Processo de desenvolvimento

Envolvimento dos interessados

Grupo de desenvolvimento inicial – colaboração entre a Federação Europeia de Cefaleias (European Headache Federation) e a *Lifting The Burden: A Campanha Global para Reduzir as Dores de Cabeça a Nível Mundial*, formada por especialistas da Alemanha, da Bélgica, da Dinamarca, da Espanha, da França, da Itália, dos Países Baixos e do Reino Unido. O grupo-piloto integrava médicos dos cuidados primários dos referidos países. O grupo consultivo incluía membros das várias sociedades nacionais de cefaleias, pertencentes à Federação Europeia de Cefaleias em representação da Albânia, da Alemanha, da Áustria, da Bélgica, da Bielorrússia, da Bulgária, da Croácia, da Dinamarca, da Eslovénia, da Espanha, da Finlândia, da França, da Grécia, da Hungria, de Israel, da Itália, da Lituânia, dos Países Baixos, da Polónia, de Portugal, da Roménia, da Rússia, do Reino Unido, da Sérvia e do Montenegro, da Suécia e da Suíça. Os representantes e procuradores dos pacientes foram consultados através do Painel da Aliança Europeia de Cefaleias (European Headache Alliance).

Rigor aplicado ao desenvolvimento

O processo de desenvolvimento consistiu na revisão de todas as directrizes de tratamento publicadas, em uso na Europa, e na normalização das mesmas, através de uma selecção das recomendações de maior peso nelas contidas.

Privilegiaram-se sempre as recomendações bem fundamentadas, em detrimento das recomendações não sustentadas por provas explícitas. A discordância entre as recomendações foi resolvida por meio da referência directa às provas originais ou, em falta das mesmas, por via do parecer consensual dos especialistas.

Clareza e apresentação

O objectivo foi proporcionar orientações concretas e acessíveis para os médicos dos cuidados primários, para o tratamento das cefaleias. Reconheceu-se que a homologação regulamentar dos medicamentos e que as políticas de reembolso variavam de país para país. Foi essa a razão pela qual se tomaram em consideração diferentes opções possíveis, a aplicar em casos específicos. Em geral, a ênfase recai sobre o aconselhamento inequívoco.

Aplicabilidade

Estes princípios assumem que, no respeitante às cefaleias, todos os países da Europa dispõem de serviços bem desenvolvidos e dotados dos recursos adequados, ainda que, de momento, tal não se verifique. A Federação Europeia de Cefaleias e a campanha *Lifting The Burden* realizam diferentes iniciativas para promover uma melhor organização dos serviços especializados em cefaleias de todos os países da Europa.

As presentes recomendações serão controladas pelo grupo piloto e revistas anualmente pelo grupo de desenvolvimento.

Independência editorial

O único organismo de financiamento dos princípios aqui constantes era a Federação Europeia de Cefaleias. Os membros do grupo de desenvolvimento declararam os seguintes eventuais conflitos de interesse:

Acordos de consultoria com e/ou financiamento de investigação de: ACRAF SpA, Addex Pharma, Allergan, Almirall, Alpharma, Astra Zeneca, Bayer, Healthcare, Berlin Chemie, Böhringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, CoLucid, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Grünenthal, Helsinn Healthcare, Hoffmann La Roche, Jansen-Cilag, Johnson & Johnson, Lusofarmaco, Menarini, Merck Sharpe and Dohme, 3M Medica, Novartis, Pfizer, Pierre Fabré, Solvay Pharma, SanofiAventis, Sanofi-Synthélabo, Schaper and Brümmer, Weber & Weber.

Os princípios aqui expostos não fazem recomendações que favoreçam um medicamento patenteado em detrimento de outro que exerça os mesmos efeitos.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

1. A CEFALEIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE

A maioria das pessoas sofre ocasionalmente de dores de cabeça que consideram uma situação normal.

A dada altura, a cefaleia tende a tornar-se um problema para cerca de 40% dos europeus. Nos cuidados primários, são vulgares quatro tipos de cefaleia (tabela). Todos têm uma base neurobiológica, são incapacitantes e diminuem a qualidade de vida.

Cefaleias comuns nos cuidados primários	
Enxaqueca	normalmente episódica, ocorrendo em 12% a 16% da população, mais nas mulheres do que nos homens, numa proporção de 3:1
Cefaleia tipo tensão	regra geral, episódica, afecta >80% das pessoas, de tempos a tempos; recorre frequentemente em pelo menos 10%, sendo crónica em 2 a 3% dos adultos e nalgumas crianças, sendo mais os dias em que surge do que o contrário
Cefaleia em salvas	intensa e de recorrência frequente, mas com crises de curta duração, afectando até 3 em cada 1000 homens e até 1 em cada 2000 mulheres
Cefaleia por uso excessivo de medicamentos	Um dos tipos de cefaleia crónica diária que afecta até 3% dos adultos, numa proporção de 5 mulheres para cada homem e em 1% das crianças e dos adolescentes; trata-se de uma cefaleia secundária, mas que ocorre apenas como complicação de uma cefaleia pré-existente, em geral, do género enxaqueca ou cefaleia tipo tensão

Um doente poderá sofrer de mais do que um tipo de cefaleia, em simultâneo.

Existem muitas **cefaleias secundárias**. Algumas são graves e devem ser reconhecidas (ver Auxílio de Abordagem nº 4. *Diagnóstico diferencial da cefaleia comum*), mas, no seu todo, representam <1% dos pacientes com cefaleias.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

2. DIAGNÓSTICO DA CEFALEIA

Fazer a história clínica

A história assume grande importância no diagnóstico das cefaleias primárias e da cefaleia por uso excessivo de medicamentos (quadro). Não há exames complementares de diagnóstico úteis. A história deverá detectar quaisquer características sugestivas de uma cefaleia secundária grave.

Perguntas a fazer	
Quantos tipos diferentes de cefaleia apresenta o doente? É necessário obter a história de cada um, em separado.	
Perguntas sobre o tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Porque veio à consulta agora? • Há quanto tempo surgiu a cefaleia? • Qual é a frequência e qual é o padrão temporal (episódica ou diária e/ou ininterrupta)? • Qual é a duração?
Perguntas sobre a caracterização	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidade da dor? • Natureza e qualidade da dor? • Local de início e irradiação da dor? • Sintomas associados?
Perguntas sobre as causas	<ul style="list-style-type: none"> • Factores predisponentes e/ou desencadeantes? • Factores agravantes e/ou de alívio? • História familiar de cefaleia semelhante?
Perguntas sobre adaptação	<ul style="list-style-type: none"> • O que faz o paciente durante a cefaleia? • Em que medida limita ou impede a actividade (função)? • Que medicação foi utilizada no passado e no presente, de que forma e com que efeito?
Estado de saúde entre crises	<ul style="list-style-type: none"> • Sente-se bem, ou queixa-se de sintomas residuais ou persistentes? • Preocupações, ansiedades e receios sobre crises recorrentes e/ou as suas causas?

Sinais de alarme na história

Qualquer cefaleia nova que surja num doente deverá ser tratada com cautela. Seguem-se os sinais de alarme:

- cefaleia **explosiva primária** (cefaleia intensa com início “explosivo” ou súbito), sugerindo, geralmente, hemorragia subaracnóidea
- cefaleia com aura atípica (duração >1 hora, ou incluindo parésia), podendo constituir sintomas de AIT ou AVC
- aura sem cefaleia, na ausência de história prévia de enxaqueca com aura, podendo ser um sintoma de AIT ou AVC
- aura que ocorre pela primeira vez num paciente, durante o uso de contraceptivos orais combinados, indicando risco de AVC
- novo tipo de cefaleia num paciente com idade superior a 50 anos, podendo ser sintoma de arterite temporal ou de tumor intracraniano, ou numa criança antes da puberdade
- cefaleia progressiva que piora ao longo de semanas ou mais, podendo indicar uma lesão intracraniana que ocupa espaço
- cefaleia agravada por posturas ou manobras que aumentem a pressão intracraniana, podendo indicar uma lesão intracraniana ocupando espaço
- novo tipo de cefaleia num doente com história de cancro, infecção HIV ou imunodeficiência

Diário de cefaleias

Depois de excluídas as causas graves, a manutenção de um diário da cefaleia, durante algumas semanas, esclarece o padrão das cefaleias e dos sintomas associados, bem como o uso ou abuso de medicamentos.

Exame físico do doente com cefaleias

A enxaqueca, a cefaleia tipo tensão, a cefaleia em salvas e a cefaleia por uso excessivo de medicamentos diagnosticam-se unicamente com base na história. Nos pacientes com cefaleias em salvas os sinais estão presentes durante as crises.

O exame físico é essencial sempre que a história sugira uma cefaleia secundária.

Sinais de alarme na observação

- febre associada à cefaleia
- sinais neurológicos focais associados à cefaleia

Estudo do doente com cefaleias

O estudo, incluindo neuroimagem, está indicado sempre que a história ou o exame sugerem a possibilidade de a cefaleia ser secundária a outra situação.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

3. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DAS CEFALÉIAS MAIS FREQUENTES

Enxaqueca

A enxaqueca ocorre em dois subtipos principais: enxaqueca sem aura e enxaqueca com aura. Um doente poderá ter ambos.

Enxaqueca sem aura

Descrição típica do problema, feita pelos pacientes **adultos**:

- cefaleias episódicas, moderadas ou severas que:
 - são frequentemente unilaterais e/ou pulsáteis
 - duram entre 4 horas a 3 dias
 - estão muitas vezes associadas a náuseas e/ou vómitos
 - são agravadas pela actividade física de rotina
- durante as quais limitam as suas actividades, preferindo permanecer em lugares escuros e silenciosos
- entre as crises não apresentam sintomas

Nas **crianças**:

- as crises podem ser mais curtas
- a cefaleia tende a ser bilateral, menos frequentemente pulsátil
- os sintomas gastrointestinais são mais proeminentes

Enxaqueca com aura

Afecta um terço das pessoas com enxaqueca e representa 10% das crises de enxaqueca em geral:

- caracteriza-se pelo aparecimento da aura, antes da cefaleia, consistindo em sintomas neurológicos que se desenvolvem gradualmente ao longo de >5 minutos e se resolvem no prazo de 60 minutos:
 - perturbações visuais como hemianópsia, ou um escotoma cintilante que se expande (os doentes tendem a desenhar um crescente irregular, quando lhes é solicitado)
 - e/ou parestesias unilaterais da mão, do braço e/ou da face
 - e/ou disfasia (raramente)
- em tudo o resto semelhante à enxaqueca sem aura.

A **aura típica sem cefaleia** poderá ocorrer em pacientes com uma história passada de enxaqueca com aura.

Cefaleia tipo tensão

Este tipo de cefaleia ocorre em três subtipos. Apenas dois assumem importância clínica: a cefaleia tipo tensão episódica frequente e a cefaleia tipo tensão crônica.

Cefaleia tipo tensão episódica frequente

- ocorre em episódios tipo crise, pelo menos uma vez por mês, durando entre algumas horas a alguns dias
- pode ser unilateral, mas é mais frequentemente generalizada
- é tipicamente descrita como uma pressão ou um aperto, como um torno ou uma fita apertada à volta da cabeça, ou é sentida no pescoço
- não apresenta os sintomas típicos associados à enxaqueca

Cefaleia tipo tensão crônica

- ocorre, por definição, 15 ou mais dias por mês, durante mais de três meses, podendo ser diária e não remittente
- é, em tudo o resto, semelhante à cefaleia tipo tensão episódica frequente

Cefaleia em salvas

Esta situação bem conhecida ocorre em dois subtipos: cefaleia em salvas episódica e cefaleia em salvas crônica.

A cefaleia em salvas episódica ocorre por acessos (salvas), com a duração típica de 6 a 12 semanas, uma vez por ano ou uma vez de dois em dois anos, cessando até à salva seguinte.

A cefaleia em salvas crônica, que persiste sem cessar, é menos comum. Esta poderá desenvolver-se a partir de e /ou tornar-se uma cefaleia em salvas episódica.

Cefaleia em salvas:

- afecta sobretudo os homens
- manifesta-se como uma dor estritamente unilateral, excruciante, à volta do olho
- é de recorrência frequente, tipicamente uma ou mais vezes por dia, em geral, à noite
- dura pouco tempo, entre 15 a 180 minutos (tipicamente, entre 30 a 60 minutos)
- apresenta sintomas autonómicos estritamente ipsilaterais:
 - olho vermelho e lacrimejante
 - rinorreia ou obstrução nasal
 - ptose
- provoca uma marcada agitação (incapaz de se manter deitado, o paciente caminha pelo quarto, chegando mesmo a sair de casa).

Resumo das características que distinguem as cefaleias comuns (poderão ocorrer duas ou mais, em simultâneo)

	Enxaqueca	Cefaleia tipo tensão (TTH/CTT)	Cefaleia em salvas
Padrão temporal	Episódios recorrentes, tipo crises, que duram entre 4 horas a 3 dias; Frequência, em geral, 1-2/mês, mas variável desde 1/ano a 2/semana; Sem sintomas entre as crises	CTT episódica: Episódios recorrentes tipo crise que duram entre algumas horas a alguns dias; Frequência de 1-14 dias por mês; Sem sintomas entre as crises CTT crónica: Afecta 15 ou mais dias por mês (muitas vezes, diária e incessante)	Cefaleias em salvas episódica: Crises curtas (15-180 minutos), com recorrência frequente (tipicamente 1 ou mais vezes por dia) em acessos que duram entre 6 a 12 semanas, uma vez por ano ou de dois em dois anos e cessando Cefaleia em salvas crónica: Semelhante, mas sem remissões entre as salvas
Características típicas da cefaleia	Frequentemente unilateral e/ou pulsátil	Pode ser unilateral, mas costuma ser generalizada; pode sentir-se no pescoço; Tipicamente descrita como uma pressão ou um aperto	Estritamente unilateral, à volta do olho
Intensidade da cefaleia	Tipicamente moderada a severa	Tipicamente ligeira a moderada	Muito severa
Sintomas associados	Frequentemente náuseas e/ou vómitos; Frequentemente foto- e/ou fonofobia	Nenhum (a CTT crónica poderá acompanhar-se de náuseas ligeiras, mas não de vómitos)	Sinais autonómicos estritamente ipsilaterais: olho vermelho e lacrimejante, rinorreia ou obstrução de uma narina, ptose
Comportamento reactivo	Evita a actividade física (por vezes repouso no leito); prefere lugares escuros e silenciosos	Nenhum específico	Agitação marcada

Cefaleia por uso excessivo de medicação

A cefaleia por uso excessivo de medicação – uma síndrome de cefaleia crônica diária – é o agravamento de uma cefaleia prévia (normalmente, enxaqueca ou cefaleia tipo tensão) devido ao uso excessivo crônico de medicamentos *tomados para tratar a cefaleia ou outras dores*.

Todos os medicamentos para as cefaleias agudas poderão provocar esse efeito. A frequência, a regularidade e a duração do uso são importantes determinantes de risco.

Pode haver uma história de episódios de cefaleia de frequência crescente, com uso crescente de medicamentos, ao longo de meses ou de anos.

Cefaleia por uso excessivo de medicação

- associada ao uso de:
 - analgésicos simples, durante 15 ou mais dias por mês *e/ou*
 - opiáceos, ergotamínicos ou triptanos, ou qualquer combinação dessas substâncias, durante 10 ou mais dias por mês
- de ocorrência diária ou quase diária
- manifesta-se – muitas vezes, no seu auge – de manhã, ao despertar
- é inicialmente agravada por tentativas de suspensão da medicação.

O diagnóstico da cefaleia por uso excessivo de medicação confirma-se se os sintomas melhorarem no prazo de 2 meses, após se suspender a medicação de uso excessivo.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CEFALIAS COMUNS

Todas as cefaleias primárias são incluídas no diagnóstico diferencial das outras. A cefaleia por uso excessivo de medicação insere-se no diagnóstico diferencial da enxaqueca e da cefaleia tipo tensão.

De resto, o diagnóstico diferencial inclui um número reduzido de cefaleias secundárias graves que é importante reconhecer.

Sintomas e sinais de alarme na história e/ou no exame

- cefaleia nova ou inesperada num determinado doente, ou com novas características
- cefaleia explosiva primária (cefaleia intensa de início súbito ou “explosivo”) que poderá indicar hemorragia subaracnóidea
- cefaleia com aura atípica (duração >1 hora, ou que inclui parésia), podendo ser um sintoma de AIT ou AVC
- aura sem cefaleia, sem história prévia de enxaqueca com aura, podendo ser um sintoma de AIT ou AVC
- aura que ocorre pela primeira vez num paciente, enquanto este toma contraceptivos orais combinados, indicando risco de AVC
- nova cefaleia num paciente com idade superior a 50 anos, podendo ser um sintoma de arterite temporal ou tumor intracraniano, ou numa criança antes da puberdade
- cefaleia progressiva que piora ao longo de semanas ou mais, podendo indicar uma lesão intracraniana que ocupa espaço
- cefaleia associada a, ou agravada por, mudanças de posição ou outros movimentos que aumentam a pressão intracraniana, podendo indicar a presença de um tumor intracraniano
- cefaleia de novo num doente com história de cancro, infecção ou imunodeficiência por HIV
- para além disso, febre inexplicável, associada a cefaleia, podendo indicar meningite
- sinais neurológicos focais, associados a cefaleia

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

5. ASPECTOS GERAIS DA ABORDAGEM DE INDIVÍDUOS COM CEFALÉIAS

Os princípios que se seguem são globalmente relevantes para todos os tipos de cefaleias tratadas nos cuidados de saúde primários.

Reconhecer o impacto

- A cefaleia incapacitante recorrente não só constitui um peso para quem a sofre, como também afecta as outras pessoas, incluindo a família, os colegas de trabalho ou os empregadores.
- As cefaleias recorrentes e incapacitantes poderão comprometer o estilo de vida do doente, não só durante as crises, mas também ao tentar evitá-las. Assim sendo, as cefaleias episódicas podem provocar um impacto contínuo da qualidade de vida dos indivíduos afectados.

Desenvolvido pela *Lifting The Burden* e presentemente disponível em alemão, espanhol, francês, inglês, italiano, neerlandês e português, o índice HALT é um instrumento para avaliar o peso da cefaleia, em termos de tempo perdido.

Objectivos de abordagem realistas

- As cefaleias não têm cura, mas, na maioria dos casos, podem ser abordadas efectivamente.
- Tendem a melhorar ao longo da vida.

Tranquilização e educação do doente

- Muitos dos indivíduos com cefaleias recorrentes receiam, erradamente, a existência de uma doença subjacente. Nunca se deve omitir a devida tranquilização, a esse respeito.
- O aconselhamento é um elemento crucial da abordagem preventiva nos doentes com enxaqueca ou cefaleias tipo tensão episódica frequentes, em risco de aumentar, cada vez mais, o consumo de medicação abortiva das crises.

A *Lifting The Burden* elaborou vários folhetos informativos, actualmente disponíveis em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português, com explicações básicas acerca da enxaqueca, da cefaleia tipo tensão, da cefaleia em

salvas e da cefaleia por uso excessivo de medicação, bem como dos respectivos tratamentos.

Causas e elementos desencadeantes

- Por mais que os pacientes desejem conhecer a causa das suas cefaleias, por vezes, tal não é possível. Factores genéticos e ambientais que contribuem para processos fisiopatológicos ainda pouco conhecidos.
- Muitos indivíduos procuram ajuda para identificar os elementos desencadeantes das suas crises. No que respeita à enxaqueca, atribui-se demasiada relevância a esses factores. Sempre que são relevantes para determinado indivíduo, os factores desencadeantes tendem a ser auto-evidentes. Alguns poderão ser mais difíceis de identificar, por terem um efeito cumulativo, contribuindo conjuntamente para um “limiar” acima do qual surgem as crises. Mesmo sendo identificados, os factores desencadeantes nem sempre podem ser evitados.

Contrariamente à crença popular, não existe uma “dieta da enxaqueca”. Os únicos factores desencadeantes da dieta que consistentemente se associam à enxaqueca são o álcool e o glutamato monossódico.

Acompanhamento Médico

Todos os doentes a quem se oferece tratamento, ou cujo tratamento é alterado requerem acompanhamento para assegurar a obtenção de um resultado óptimo.

Recomenda-se o uso de critérios de avaliação. A *Lifting The Burden* está a desenvolver o índice HURT como guia expressamente indicado para o acompanhamento dos indivíduos com cefaleias nos cuidados de saúde primários.

Diários e calendários

Recomenda-se a utilização de diários para:

- registar os sintomas e os padrões temporais que contribuem para o diagnóstico correcto
- registar o uso e a utilização excessiva de medicação abortiva
- revelar associações com o ciclo menstrual ou outros factores desencadeantes

A *Lifting The Burden* em colaboração com a a EuroHead está a desenvolver um diário de diagnóstico.

Recomenda-se a utilização de calendários para:

- encorajar o cumprimento da medicação profilática
- registar o efeito do tratamento
- controlar o uso ou utilização excessiva da medicação para as crises agudas, durante o acompanhamento
- traçar o progresso dos resultados

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

6. ACONSELHAMENTO AOS DOENTES

Os indivíduos com cefaleias tendem a solicitar informações. Muitos deles encontram ou já encontraram muita informação na Internet que pode se enganadora.

Tratamentos não farmacológicos

Às questões de muitos doentes, pode fornecer-se os seguintes aconselhamentos:

- As **terapias de biofeedback e relaxamento** podem ajudar, sendo opções potencialmente úteis nos casos em que se deve evitar os tratamentos farmacológicos. Estas terapias devem ser aplicadas apenas por terapeutas qualificados, que são muito escassos, na maioria dos países.
- A **fisioterapia** já demonstrou proporcionar vários benefícios a alguns doentes com cefaleia do tipo tensão. Requer uma terapia especializada e personalizada, pouco acessível em muitos países.
- A **acupunctura** é benéfica para algumas pessoas que sofrem de enxaqueca ou cefaleia tipo tensão, embora vários testes clínicos não tenham conseguido distinguir a acupunctura de falsas intervenções. A acupunctura exige uma terapia especializada e personalizada.
- A **estimulação nervosa eléctrica transcutânea (TENS)** pode aliviar a dor crónica, mas ainda não foi provado o seu valor no tratamento de cefaleias.
- O **tratamento dentário**, incluindo a placa oclusiva e aparelhos para aumento de oclusão vertical, não tem um valor comprovado no tratamento das cefaleias e deve ser desencorajado.
- Os **óculos** devem ser prescritos por profissionais dessa área e apenas utilizados no caso de serem necessários, mas os erros refractivos raramente são causa de cefaleias mais complicadas.
- Em geral, não se recomenda o uso de **plantas medicinais**. A batterbur ou bardana (*Petasites hybridus*) demonstra alguma eficácia, comprovada por testes clínicos, sendo utilizada nalguns países, mas os preparados à venda variam em conteúdo de país para país, apresentando assim um grau indeterminado de toxicidade. Os preparados à base de matricária (*Tenacetum parthenium*), à venda globalmente, variam bastante de conteúdo entre países e desconhece-se a sua toxicidade.
- A **homeopatia** não tem um valor comprovado. Não existem argumentos válidos que sustentem a venda livre de tratamentos homeopáticos.
- A **reflexologia** não tem base científica.

- **Aparelhos:** há muitos no mercado, alguns dispendiosos e promovidos com promessas de eficácia, sem qualquer evidência científica. Os “testemunhos de sucesso” podem ser atribuídos ao efeito placebo, devendo ser ignorados.
- **Encerramento do foramen oval patente (FOP):** existem poucas provas para sustentar a hipótese de melhoria da frequência da enxaqueca pelo encerramento do FOP – uma intervenção com um reduzido, mas relevante risco de produzir graves efeitos adversos, incluindo AVC, tamponamento pericárdico, fibrilhação arterial e morte. Decorrem actualmente testes prospectivos, fora do âmbito dos quais não se deverá realizar o encerramento do FOP para a profilaxia da enxaqueca.
- **Outras intervenções cirúrgicas no rosto ou no pescoço** não produzem quaisquer benefícios e são potencialmente prejudiciais.

Contraceção oral e a Terapêutica Hormonal de Substituição

A cefaleia é, amiúde, um efeito secundário dos contraceptivos orais combinados (COC) e muitas mulheres queixam-se do início ou do agravamento da enxaqueca, com a instituição dessa terapêutica.

Recomenda-se o seguinte aconselhamento às mulheres com enxaqueca:

- tanto a enxaqueca com aura, como a componente estrogénica dos COC constituem factores de risco independentes para a ocorrência de AVC em mulheres jovens.
- recomenda-se alternativas aos COC em mulheres que sofram de enxaqueca com aura e que apresentem factores adicionais de risco de AVC (incluindo o hábito de fumar)
- a contraceção unicamente à base de progesterona é aceitável para mulheres com qualquer subtipo de enxaqueca.

A Terapia Hormonal de Substituição (THS) não é contra-indicada para doentes com enxaqueca – a decisão de começar ou continuar a THS deve ser tomada segundo os critérios geralmente aplicáveis.

Informação para o doente

A *Lifting The Burden* produziu uma série de folhetos informativos destinados aos pacientes, acerca das cefaleias comuns e do respectivo tratamento, bem como sobre a relação entre as hormonas femininas e a cefaleia, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português.

Aliança Mundial de Cefaleias (*World Headache Alliance*)

A WHA é uma organização de beneficência. A sua página na Internet fornece muita informação para os indivíduos com cefaleias e contém ligações a muitas outras páginas úteis, incluindo os das suas organizações membro, em 26 países.

Endereço: www.w-h-a.org



trabalho conjunto com

Lifting The Burden

Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários

7. TRATAMENTO MÉDICO DA CRISE DE ENXAQUECA

Todos os **adultos** com enxaqueca deveriam ter acesso a medicação abortiva ou sintomática das crises de enxaqueca.

As **crianças** com crises de curta duração poderão responder bem apenas ao repouso, sem necessidade de medicação abortiva.

Nos adultos e nas crianças, o uso *regular* com frequência elevada (>2 dias/semana) de medicação abortiva das crises de enxaqueca, poderá originar cefaleias por uso excessivo de medicação.

Intervenção farmacológica

Todos os indivíduos deveriam progredir numa escalada de tratamentos abortivos ou sintomáticos (*abordagem por patamares*), tratando, geralmente, três crises por patamar, antes de passar ao próximo. Se aplicada correctamente, esta é uma boa estratégia para proporcionar os cuidados personalizados mais eficazes e económicos.

Primeiro Patamar: terapêutica sintomática, não específica

- analgésico simples
- complementado, se necessário, por um antiemético.

Analgésicos	Antieméticos
ácido acetilsalicílico 900-1000mg (só adultos) <i>ou</i> ibuprofeno 400-800mg <i>ou</i> diclofenac 50-100mg <i>ou</i> cetoprofeno 100mg <i>ou</i> naproxeno 500-1000mg <i>ou</i> (caso os anteriores sejam contra-indicados) paracetamol 1000mg	domperidona 20mg <i>ou</i> metoclopramida 10mg

As directrizes locais poderão recomendar experimentar mais do que um analgésico no primeiro patamar, antes de avançar para o segundo patamar.

O paracetamol demonstrou poucas provas de eficácia, não sendo, por isso, considerado um tratamento de primeira linha.

Princípios do Primeiro Patamar

- uso de analgésicos em formulações solúveis, ou oro-dispersíveis
- administrar no início da crise, na dosagem indicada
- o antiemético procinético inibe a estase gástrica – um dos primeiros sinais da enxaqueca que reduz a biodisponibilidade da medicação oral.
- a administração rectal poderá ser preferível quando há vômitos:
 - supositórios analgésicos (qualquer entre: diclofenac 100mg, ibuprofeno 400mg, cetoprofeno 100-200mg ou naproxeno 500-1000mg).
 - caso seja necessário, supositórios antieméticos (domperidona 30mg ou metoclopramida 20mg). De referir que esta apresentação não existe, de momento, em Portugal.

Primeiro Patamar para as crianças (se necessário)

- analgésicos: ibuprofeno 200-400mg, mediante a idade e o peso
- antieméticos: domperidona 10-20mg, mediante a idade e o peso.

Segundo Patamar: terapêutica específica

Fármacos, formulações e doses para o tratamento específico de enxaquecas, aplicáveis no segundo patamar	
almotriptano	comprimidos 12,5mg
eletriptano	comprimidos 20mg e 40 mg (80mg poderão ser eficazes quando 40mg não forem suficientes). Em Portugal só existe a formulação de 40mg
frovatriptano	comprimidos 2,5mg
naratriptano	comprimidos 2,5mg
rizatriptano	comprimidos 10mg (e 5mg, unicamente com a toma simultânea de propranolol); pastilhas oro-dispersíveis 10mg. Em Portugal só existem comprimidos a 10mg
sumatriptano	comprimidos normais e de dissolução rápida 50mg e 100mg; supositórios 25mg (não existem em Portugal); pulverizador nasal 10mg (autorizado para adolescentes) e 20mg; injeção subcutânea 6mg
zolmitriptano	comprimidos 2,5mg e 5mg; comprimidos oro-dispersíveis 2,5mg e 5 mg; pulverizador nasal 5mg
ergotamina (tartarato)	comprimidos 1mg e 2 mg; supositórios 2mg (não existe esta apresentação em Portugal)

Princípios do segundo patamar

- sempre que disponíveis, e caso não sejam contra-indicados, deve prescrever-se triptanos a todos os doentes que não respondam às terapêuticas instituídas no primeiro patamar
- a ergotamina é de biodisponibilidade muito reduzida e imprevisível, prejudicando esses factores a sua eficácia; para além disso, denota uma farmacologia complexa e uma longa duração de acção, provocando fraca tolerância
- não se deve utilizar triptanos regularmente (mais de 10 dias por mês), para evitar o risco de cefaleia por uso excessivo de medicação
- os triptanos diferem ligeiramente, mas as variações individuais da resposta aos mesmos são grandes e imprevisíveis; um poderá funcionar e outro não; os pacientes deveriam experimentar vários, em diferentes fórmulações, para fazer a sua escolha
- a dose inicial de todos os triptanos orais (excepto, nalguns casos, o eletriptano) consiste num comprimido
- embora a maioria dos produtores de triptanos não recomende tomar uma segunda dose, por falta de resposta da primeira, nalguns casos, quando tomada menos de duas horas depois da primeira, uma segunda dose poderá ser eficaz
- os triptanos são mais eficazes se administrados enquanto a cefaleia ainda é moderada (só se deve dar essa instrução aos pacientes que possam, seguramente, distinguir a enxaqueca da cefaleia tipo tensão)
- sempre que se verificarem náuseas, pode adicionar-se domperidona 20mg ou metoclopramida 10mg
- na ocorrência de vômitos, dá-se preferência a supositórios de sumatriptano, a zolmitriptano em pulverizador nasal (absorvido no interior da mucosa nasal) ou a uma injeção subcutânea de sumatriptano (esta apresentação não existe em Portugal)
- sempre que todos os outros triptanos sejam ineficazes, deve-se ponderar a hipótese de uma injeção subcutânea de sumatriptano
- em 40% dos doentes que respondem inicialmente, os sintomas regressam no prazo de 48 horas (*recaída*).

Tratamento da recaída

- uma segunda dose de triptano tende a ser eficaz
- essa segunda dose poderá provocar outra recaída (quando isso acontece repetidamente, deve mudar-se de triptano)
- os AINEs poderão ser uma alternativa eficaz.

Evitar a recaída

- há alguma evidência, sugerindo um dos seguintes métodos de prevenção, para algumas recaídas:
 - o uso simultâneo de um triptano e de um AINE
 - o uso de um triptano, seguido de um AINE, 6 a 12 horas depois.

Contra-indicações do segundo patamar

A gravidez é uma contra-indicação geral para a ergotamina e para todos os triptanos. Há precauções específicas associadas a alguns triptanos (consultar farmacopeia). Todos os triptanos e a ergotamina devem ser evitados por pessoas nas seguintes situações:

- hipertensão não controlada
- doença coronária, doença vascular cerebral e doença vascular periférica
- existência de múltiplos factores de risco de doença coronária ou vascular cerebral.

Segundo patamar para as crianças

Não se comprovou a eficácia de qualquer fármaco anti-enxaqueca, em crianças (com idade inferior a 12 anos). A ausência de resposta à terapêutica do primeiro patamar, indica a necessidade de encaminhamento para um especialista.

Acompanhamento

Todos os pacientes a quem se oferece tratamento, ou cujo tratamento é alterado requerem acompanhamento para assegurar a obtenção de um tratamento óptimo.

Recomenda-se o uso de um calendário para controlar o uso ou utilização excessiva de medicação para as crises agudas e registar o efeito do tratamento.

Recomenda-se o uso de critérios de avaliação. A *Lifting The Burden* está a desenvolver o índice HURT como guia expressamente indicado para o acompanhamento nos cuidados primários.

Informação a fornecer aos pacientes

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo acerca da enxaqueca e do respectivo tratamento, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

8. ABORDAGEM PROFILÁTICA DA ENXAQUECA

Para além da medicação para as crises agudas, o doente – adulto ou criança – cuja enxaqueca lhe prejudica a qualidade de vida, poderá necessitar também de profilaxia.

Indicações para a profilaxia

Pode-se *acrescentar* um tratamento profilático nas seguintes situações:

- quando as crises provocam incapacidade durante dois ou mais dias por mês, e
- quando a otimização da terapêutica para as crises agudas não as previne, e
- quando o doente se dispõe a fazer a toma diária de medicamentos.

Seguem-se outras indicações para a profilaxia:

- quando há risco de uso frequente ou excessivo de terapêutica para as crises agudas, mesmo que esta seja eficaz (contudo os fármacos profiláticos não são indicados como tratamento para a cefaleia por uso excessivo de medicamentos)
- para crianças que faltam frequentemente à escola.

Fármacos eficazes

Fármacos profiláticos com comprovada eficácia (a disponibilidade e a homologação variam de país para país; o uso de fármacos não autorizados é de responsabilidade clínica individual)	
bloqueadores beta-adrenérgicos sem agonismo parcial	atenolol 25-100mg 2x/dia <i>ou</i> bisoprolol 5-10mg 1x/dia <i>ou</i> metoprolol 50-100mg 2x/dia <i>ou</i> propranolol LA 80mg 1x/dia -160mg 2x/dia
topiramato	25mg od-50mg 2x/dia
flunarizina	5-10mg 1x/dia
valproato de sódio	600-1500mg diariamente
amitriptilina	10-100mg à noite

Todos estes fármacos têm contra-indicações e efeitos secundários (consultar farmacopeia).

Princípios da profilaxia

- Todos os pacientes sob terapêutica profilática devem manter um calendário, para permitir a avaliação da sua eficácia e promover o seu cumprimento.
- O incumprimento é um dos principais factores de redução da eficácia da profilaxia da enxaqueca; uma toma diária facilita o cumprimento.
- A dosagem de qualquer fármaco deverá iniciar-se em baixas doses, dentro dos valores sugeridos, a ser progressivamente aumentada, para não provocar efeitos secundários limitativos.
- Os fármacos que parecem ineficazes não devem ser prematuramente descontinuados; 2-3 meses poderá ser o prazo mínimo para se alcançar e observar a eficácia.
- A retirada progressiva poderá ser ponderada após 6 meses de bom controlo, e deve ser considerada após 1 ano de terapêutica.
- A amitriptilina poderá ser preferível quando a enxaqueca coexiste com casos de cefaleia de tipo tensão, depressão ou distúrbios do sono.
- O propranolol tem a melhor segurança comprovada, para tratamento durante a gravidez.

A profilática nas crianças

- Os betabloqueantes (a dosagem deve ser ajustada mediante o peso corporal) ou a flunarizina (a dosagem deve ser ajustada mediante a idade) podem ser tentados.

Acompanhamento

Todos os pacientes a quem se oferece tratamento profilático, ou cujo tratamento é alterado requerem acompanhamento para assegurar a optimização da terapêutica.

Recomenda-se o uso de um calendário para encorajar o cumprimento da medicação profilática e registar o efeito do tratamento.

Recomenda-se o uso de critérios de avaliação do resultado. A *Lifting The Burden* está a desenvolver um guia expressamente dedicado ao acompanhamento nos cuidados de saúde primários.

Quando o tratamento profilático falha

- o insucesso poderá dever-se a uma dosagem subterapêutica ou a um tratamento de duração insuficiente
- rever o diagnóstico
- apurar em que medida o tratamento foi incumprido
- rever a ingestão de outros medicamentos, especialmente o seu uso excessivo
- quando um tratamento profilático não apresenta, mesmo assim, qualquer benefício evidente, será melhor descontinuí-lo.

Informação a fornecer aos pacientes

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo sobre a enxaqueca e o respectivo tratamento, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, neerlandês e português.

A contracepção hormonal e a terapêutica hormonal de substituição

Muitas mulheres queixam-se do início ou do agravamento da enxaqueca, após começarem a tomar contraceptivos orais combinados (COC). Outras relatam a melhoria da enxaqueca já observada.

Pode ser dada a seguinte recomendação acerca da contracepção hormonal:

- tanto a enxaqueca com aura, como a componente de etinilestradiol dos COC constituem factores de risco independentes de ocorrência de AVC em mulheres jovens
- recomendam-se alternativas aos COC a mulheres que sofram de enxaqueca com aura e que apresentem factores adicionais de risco de AVC (incluindo o tabagismo)
- a contracepção unicamente à base de progesterona é aceitável para pacientes com qualquer subtipo de enxaqueca.

A terapêutica hormonal de substituição (THS) não é contra-indicada para pacientes com enxaqueca – a decisão de começar ou continuar a THS deve ser tomada segundo os critérios geralmente aplicáveis.

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo acerca da associação entre as hormonas femininas e a cefaleia.

Toxina Botulínica (Botox®)

Os pacientes poderão indagar sobre este tratamento.

Não existem provas suficientes para sustentar a eficácia do Botox® na prevenção da enxaqueca. Não se recomenda este tratamento.

O foramen oval patente (FOP) e a enxaqueca

Os pacientes poderão indagar sobre este tratamento.

Não existem provas suficientes para sustentar a hipótese de a frequência da enxaqueca melhorar com o encerramento do FOP. Esta intervenção tem um reduzido, mas relevante risco de produzir graves efeitos adversos, incluindo AVC, tamponamento pericárdico, fibrilhação auricular e morte. Decorrem actualmente mais ensaios clínicos prospectivos, fora do âmbito dos quais não se deverá realizar o encerramento do FOP para a profilaxia da enxaqueca.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

9. ABORDAGEM CLÍNICA DA CEFALEIA TIPO TENSÃO

Embora produza efeitos limitados no tratamento da cefaleia tipo tensão, a terapia farmacológica demonstra-se eficaz em muitos doentes.

Poderá ser indicada medicação para as crises agudas *ou* um tratamento profilático.

A medicação para as crises agudas deverá ser usada com precaução, em caso de cefaleias frequentes, dado o risco de se desenvolver cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

Intervenção nas crises agudas

- O tratamento sintomático com analgésicos de venda livre é indicado para a cefaleia tipo tensão episódica ocorrendo ≤ 2 dias/semana.
 - ácido acetilsalicílico 600-1000 mg (apenas adultos)
 - ibuprofeno 400-800 mg
 - paracetamol 1000 mg, com menos eficácia.
- A cefaleia tipo tensão episódica ocorrendo >2 dias por semana é uma indicação para tratamento profilático para substituir e não para complementar a intervenção nas crises agudas.
- Estes tratamentos dificilmente serão eficazes no que respeita à cefaleia tipo tensão, crónica e podem colocar o paciente em risco de desenvolver cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

Princípios da intervenção nas crises agudas

- Deve evitar-se o uso de opiáceos e muito em particular:
 - codeína e dihidrocodeína
 - dextropropoxifeno
 - analgésicos combinados com qualquer dos componentes supracitadas.
- Os barbitúricos não são adequados para o tratamento da cefaleia tipo tensão.
- Com o aumento da frequência das cefaleias, aumenta o risco do uso excessivo de medicamentos.

Profilática

- A amitriptilina, 10-100 mg à noite, é o fármaco de eleição para a cefaleia tipo tensão episódica frequente ou crónica.
- A nortriptilina provoca menos efeitos secundários anticolinérgicos, mas demonstra menos provas de eficácia (a amitriptilina pode ser substituída pela nortriptilina, na mesma dosagem).

Princípios da profilaxia

- Reduz-se a intolerância começando com uma dosagem baixa (10 mg) e aumentando-a 10-25 mg, em intervalos de uma a duas semanas.
- Deve-se manter um calendário para avaliar a eficácia e promover o cumprimento da medicação.
- A profilaxia que parece ineficaz não deve ser descontinuada prematuramente; 2-3 meses poderá ser o prazo mínimo para se alcançar e observar a eficácia.
- O desmame progressivo poderá ser ponderado após 6 meses de bom controlo, mas, por vezes, é indicado um tratamento mais prolongado.

Acompanhamento

Todos os doentes a quem se oferece tratamento, ou cujo tratamento é alterado requerem acompanhamento para assegurar o estabelecimento de um tratamento optimizado.

Recomenda-se o uso de um calendário para controlar o uso ou o abuso de medicação para as crises agudas, ou para encorajar o cumprimento da medicação profilática, bem como para registar o efeito do tratamento.

Recomenda-se o uso de critérios de avaliação. A *Lifting The Burden* está a desenvolver o índice HURT, expressamente indicado para orientar o acompanhamento nos cuidados de saúde primários.

Se o tratamento profilático falha

- o insucesso poderá dever-se a uma dose sub terapêutica ou a um tratamento de duração insuficiente
- rever o diagnóstico
- apurar em que medida o tratamento não foi cumprido (os doentes que desconhecem estar a receber medicação frequentemente usada como antidepressiva e a razão pela qual esta lhe é prescrita, poderão não cumprir quando se apercebem disso)
- rever a toma de outros medicamentos, especialmente o uso excessivo
- quando um tratamento profilático não apresenta, mesmo assim, qualquer benefício evidente, será melhor descontinuí-lo.

Abordagem da dor

Independentemente de tudo o que se possa fazer, a cefaleia tipo tensão crónica pode, muitas vezes, ser refractária ao tratamento médico.

Os doentes nessa situação requerem um programa de abordagem da dor com ênfase nas abordagens psicológicas.

Informação a fornecer aos doentes

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo acerca da cefaleia tipo tensão e do respectivo tratamento, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português.

Toxina botulínica (Botox®)

Os doentes poderão indagar sobre este tratamento.

Não existem provas suficientes para sustentar a eficácia do Botox® no tratamento da cefaleia tipo tensão. Não se recomenda este tratamento.



trabalho conjunto com

Lifting The Burden

Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários

10. ABORDAGEM CLÍNICA DA CEFALEIA EM SALVAS

Em geral, é melhor entregar a abordagem da cefaleia em salvas a especialistas experientes, que observem esta doença com frequência.

O objectivo nas cefaleias em salvas episódica e crónica é a total supressão das crises, o que nem sempre é possível.

A medicação para as crises agudas e a profilaxia são aspectos importantes na abordagem, mas, na maioria dos casos, os fármacos preventivos são a grande base do tratamento.

Terapêuticas das crises agudas

- O sumatriptano 6 mg, por via subcutânea, é o único tratamento de eficácia bem comprovada das crises agudas, mas não se recomenda um uso superior a duas vezes por dia.
- O oxigénio 100% a ≥ 7 l/min, até 15 min (requer um regulador e uma máscara que não permita a reinspiração) ajuda algumas pessoas e poderá ser usado com a frequência necessária.
- Os analgésicos, incluindo os opiáceos, não são adequados para o tratamento da cefaleia em salvas.

Profilaxia

Princípios

- os fármacos apresentados são usados por especialistas que avaliam a eficácia versus toxicidade
- a profilaxia da cefaleia em salvas episódica deverá começar o mais cedo possível, no início de uma nova salva de cefaleia e descontinuada, por redução progressiva, duas semanas após a total remissão da dor (excepto para a prednisolona, que só é utilizada em curtos períodos de tempo).
- para a cefaleia em salvas crónica, os tratamentos poderão ter de ser feitos a longo prazo
- a ineficácia de um fármaco não implica a ineficácia de outros
- é possível fazer combinações, mas o risco potencial de toxicidade é claramente elevado.

Os fármacos usados pelos especialistas na profilaxia da cefaleia em salvas (todos são potencialmente tóxicos: consultar farmacopeia)	
verapamilo 240-960 mg diariamente	recomenda-se vigilância por ECG
prednisolona 60-80 mg, 1x/dia, durante 2-4 dias, descontinuada por redução da dosagem, durante 2-3 semanas	poderá requerer repetição, devido a recorrência durante a redução da dosagem
carbonato de lítio 600-1600 mg diariamente	os níveis devem ser controlados
ergotamina (tartarato) 2-4 mg diariamente, por via rectal	normalmente omitida de 7 em 7 dias não deve ser usada em simultâneo com sumatriptano
metisergida 1-2 mg 3x/dia (não existe em Portugal)	uso interrompido por um mínimo de 1 mês, de 6 em 6 meses uso não recomendado em simultâneo com sumatriptano

Acompanhamento

Todos os doentes com uma cefaleia em salvas em actividade requerem um acompanhamento frequente, quer para assegurar a manutenção de um tratamento optimizado, quer para controlar a toxicidade do mesmo.

Informação a fornecer aos pacientes

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo acerca da cefaleia em salvas e do respectivo tratamento, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português.



trabalho conjunto com

Lifting The Burden

Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários

11. ABORDAGEM DA CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos traduz-se no agravamento de uma cefaleia primária prévia, devido ao uso excessivo crónico da medicação para a tratar. A intervenção precoce é importante, quando surge esta situação. O prognóstico a longo prazo depende da duração do uso excessivo de medicamentos.

Abordagem

- A prevenção feita através da educação é melhor do que o tratamento.
- O único tratamento eficaz da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, estabelecida, é a retirada do/s medicamento/s suspeito/s.

Objectivos

A abordagem completa da cefaleia por uso excessivo de medicamentos inclui quatro objectivos diferentes, mas de igual importância:

- o primeiro é conseguir a retirada dos medicamentos em uso excessivo
- o segundo, subsequente ao primeiro, é a recuperação da cefaleia por uso excessivo de medicamentos
- o terceiro é a revisão e a reavaliação da cefaleia primária subjacente (enxaqueca ou cefaleia tipo tensão)
- o quarto é a prevenção da recorrência

Princípios

- É de vital importância explicar claramente que o “tratamento” que o doente toma para a cefaleia é, na verdade, a sua *causa*.
- Os doentes deverão ser tranquilizados, com a certeza, de que a retirada tende a produzir bons efeitos.
- Com pré-aviso, a retirada produz mais êxito se for feita de forma súbita - raramente necessita de hospitalização.
- Inicialmente, a retirada acentua a cefaleia, devendo ser planeada para evitar alterações desnecessárias do estilo de vida (poderá ser necessária uma baixa médica de 1-2 semanas).
- Em geral, após 1-2 semanas, a cefaleia demonstra sinais de melhoria.
- A recuperação é lenta e dura entre semanas e meses.

Acompanhamento

- Todos os doentes a quem se retire a medicação necessitam de acompanhamento, para lhes proporcionar apoio e observar os resultados.
- Recomenda-se uma primeira revisão, após 2-3 semanas, para assegurar o sucesso da retirada.
- Recomenda-se fortemente o uso de um calendário para registar os sintomas e o uso de medicamentos, durante a retirada, bem como para registar as alterações do padrão da cefaleia.
- A maioria dos pacientes reinicia o tipo original de cefaleia (enxaqueca ou cefaleia tipo tensão), no prazo de dois meses – será necessária a revisão e a adequada gestão do caso.
- É importante continuar o acompanhamento, para evitar a recaída. A maioria dos pacientes necessita de um apoio a longo prazo: a taxa de recorrência ronda os 40%, no prazo de cinco anos.

Reintrodução de medicamentos que foram suspensos

- Os medicamentos que foram suspensos devem ser subseqüentemente evitados, tanto quanto possível.
- Caso sejam necessários, estes poderão ser cautelosamente reintroduzidos após 2 meses.
- A frequência de uso nunca deverá exceder regularmente os 2 dias/semana.

Informação a fornecer aos pacientes

A *Lifting The Burden* elaborou um folheto informativo acerca da cefaleia por uso excessivo de medicamentos e do respectivo tratamento, actualmente disponível em alemão, dinamarquês, espanhol, francês, inglês, italiano, holandês e português.

	trabalho conjunto com	<i>Lifting The Burden</i>
	Princípios europeus de abordagem de cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários	

12. ABORDAGEM DA CEFALEIA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS: QUANDO REFERENCIAR

A maioria das cefaleias primárias e a cefaleia por uso excessivo de medicamentos é adequadamente abordada nos cuidados de saúde primários.

Razões que levam à referência para um especialista:

- dúvidas de diagnóstico, após a anamnese
- diagnóstico de cefaleia em salvas (a maioria dos casos deve ser acompanhada por especialistas)
- suspeita de uma grave cefaleia secundária, ou casos que exijam uma investigação para excluir patologias graves (poderá ser necessário a referência imediata):
 - qualquer cefaleia nova ou inesperada num determinado doente, mas muito em particular:
 - cefaleia explosiva que ocorre pela primeira vez (cefaleia intensa com um início súbito ou “explosivo”)
 - cefaleia de novo num doente com idade superior a 50 anos
 - cefaleia de novo numa criança antes da puberdade
 - cefaleia de novo num doente com história de cancro, infecção ou imunodeficiência por HIV
 - aura de enxaqueca invulgar, especialmente:
 - aura com duração superior a 1 hora
 - aura associada a parésia
 - aura não acompanhada de cefaleia, sem uma história prévia de enxaqueca com aura
 - primeira ocorrência de aura com o uso de contraceptivos orais

- cefaleia que piora progressivamente, ao longo de semanas ou mais
 - cefaleia associada a mudanças posturais, indicativas de pressão intracraniana elevada ou reduzida
 - cefaleia associada a febre inexplicável
 - cefaleia associada a sinais físicos inexplicáveis
-
- persistente falha da abordagem
 - comorbilidades que exijam a abordagem por especialista
 - a presença de factores de risco de doença coronária poderá implicar a referência para um cardiologista, antes do uso de triptanos.

ANEXO 1

Lifting The Burden

A campanha Global para Reduzir as Dores de Cabeça a Nível Mundial

Parceria a decorrer entre a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization), a Aliança Mundial de Cefaleias (World Headache Alliance), a Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society) e a Federação Europeia de Cefaleias (European Headache Federation)

HALT Índice* (Headache - Attributed Lost Time) (Tempo perdido associado à cefaleia)

O seu médico poderá dar-lhe este pequeno questionário para preencher antes da consulta. O seu preenchimento ajudará o seu médico a compreender como a sua cefaleia (dor de cabeça) afecta a sua vida e a escolher o tratamento adequado.

Por favor responda cuidadosamente a estas cinco questões

- 1 Em quantos **dias** nos **últimos três meses** não foi trabalhar ou não foi à escola, por causa das suas cefaleias?
- 2 Em quantos **dias** nos últimos três meses o seu rendimento foi inferior a metade do habitual, no trabalho ou na escola, devido às suas cefaleias? (Não incluir os dias que incluiu na pergunta 1, quando faltou ao trabalho ou à escola)
- 3 Em quantos dias nos últimos três meses não fez as suas tarefas domésticas devido às cefaleias?
- 4 Em quantos dias nos últimos três meses o seu rendimento foi inferior a metade do habitual, nas tarefas domésticas, devido às suas cefaleias? (Não incluir os dias que incluiu na pergunta 1, em que não fez as tarefas domésticas)
- 5 Em quantos dias nos últimos três meses perdeu as suas actividades familiares, sociais ou de lazer, devido às suas cefaleias?

Pontuação (I-IV indica, por ordem, necessidade crescente de cuidados médicos; III ou IV indica grande necessidade)

0-5	Impacto mínimo ou pouco frequente	Grau I
6-10	Impacto ligeiro ou pouco frequente	Grau II
11-20	Impacto moderado	Grau III
>20	Grande impacto	Grau IV

*HALT é baseado nas 5 primeiras questões do MIDAS, desenvolvido por RB Lipton, e WF Stewart

Lifting The Burden

A campanha global para reduzir as dores de cabeça a nível mundial

Parceria a decorrer entre a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)*, a Aliança Mundial de Cefaleias (*World Headache Alliance*)*, a Sociedade Internacional de Cefaleias (*International Headache Society*)* e a Federação Europeia de Cefaleias (*European Headache Federation*)*

As dores de cabeça e a avaliação da resposta ao tratamento

O tratamento médico que faz para as suas cefaleias (dores de cabeça) poderá não ser tão bom como poderia ser. Ao preencher este pequeno questionário, irá ajudar o seu médico a melhorá-lo.

Responda cuidadosamente às seguintes perguntas

assinale **UMA** caixa em cada linha

1	Em quantos dias do mês passado teve cefaleias?	<input type="checkbox"/>				
		nenhum	1-2	3-5	5-15	16-30
2	Em quantos dias dos últimos três meses é que as suas cefaleias lhe dificultaram o trabalho, os estudos ou a realização de tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>				
		nenhum	1-5	6-10	10-20	20+
3	Em quantos dias dos últimos três meses é que as suas dores de cabeça alteraram ou impediram a realização das suas actividades familiares, sociais ou de lazer?	<input type="checkbox"/>				
		nenhum	1-5	6-10	10-20	20+

Análise (estas perguntas estabelecem a frequência de todas as dores de cabeça e das dores de cabeça incapacitantes actualmente em tratamento; as caixas assinaladas mais para a direita sugerem uma maior necessidade de análise do tratamento)

Todas as caixas assinaladas na zona branca

O controlo das cefaleias é bom: não é necessário proceder a uma análise

Uma ou mais caixas assinaladas na zona ligeiramente sombreada

É necessária uma melhor abordagem da crise aguda de dores de cabeça; consultar as P 4-8 para orientação; poderá não ser necessária profilaxia.

Uma ou mais caixas assinaladas na zona meia-sombreada

O controlo da cefaleia não é bom; consultar as P 4-8 para otimizar a medicação para a crise aguda; considerar formas de reduzir a frequência (evitar os factores desencadeantes e medicação profiláctica).

Uma ou mais caixas assinaladas na zona sombreada escura

Cefaleia incapacitante, tratada de forma deficiente; possivelmente cefaleia crónica diária (a medicação para a crise aguda deverá ser evitada); consultar as P 4-8 e considerar formas de reduzir a frequência.

4	Em quantos dias do mês passado tomou medicação para aliviar as dores de cabeça? (Não contar a medicação preventiva.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nenhum	1-2	3-5	10-15	16-30
5	Quando toma a sua medicação para as dores de cabeça, consegue acabar com elas e mantê-las afastadas só com uma dose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca
6	Consegue tomar a sua medicação para as dores de cabeça sem ser incomodado pelos efeitos secundários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca
7	Sente que controla as suas dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sempre	muitas vezes	às vezes	raramente	nunca
8	Qual foi o diagnóstico que lhe fizeram para as suas dores de cabeça? Acha que o compreende? (assinale uma caixa)	escreva o seu diagnóstico neste espaço			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					sim	não

Análise (estas perguntas sugerem de que forma o tratamento actual poderia ser melhorado)

P4: A resposta deverá estar de acordo com a P1. Quando os dias de medicação são >10, existe o risco de cefaleia por uso excessivo de medicação.

Aconselhar o doente sobre o risco e os perigos do uso excessivo de medicação. Considerar formas de reduzir a frequência (evitar os factores desencadeantes e medicação profiláctica).

P5: As caixas assinaladas mais para a direita sugerem cada vez mais uma eficácia reduzida

Considerar a hipótese de tratar mais cedo, de alterar a medicação, a dose ou a via de administração, ou de utilizar a terapêutica de combinação, de acordo com as recomendações locais.

P6: As caixas assinaladas mais para a direita sugerem cada vez mais uma tolerabilidade reduzida

Considerar a hipótese de alterar a medicação ou a dose de acordo com as recomendações locais.

P7: Esta pergunta está relacionada com a auto-eficácia e com a satisfação.

Quando a resposta está na zona sombreada, procurar o(s) motivo(s) nas respostas às P 1-6. Se não for evidente, considerar comorbilidades.

A resposta deve ser concordante com as respostas anteriores.

Quando a resposta não é concordante, considerar as intervenções cognitivas e a gestão das expectativas.

P8: Esta pergunta está relacionada com a educação.

Entregue sempre o folheto informativo apropriado. Quando o diagnóstico está mal indicado, ou quando é dada a resposta "não", poderão ser necessárias mais explicações.



