



Dor de cabeça

Resumo de diretriz NHG M19 (terceira revisão, janeiro 2014)

Dekker F, Van Duijn NP, Ongering JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, Bouma M, Kurver MJ

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Avaliação
- Conduta
 - Cefaléia do tipo tensional
 - Migrânea (ou enxaqueca)
 - Cefaléia induzida por abuso de analgésicos
 - Cefaléia em salvas

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Tabela 1: Características de cefaléia do tipo tensional, migrânea, cefaléia induzida por abuso de analgésicos e cefaléia em salvas.

	Cefaléia do tipo tensional	Migrânea (enxaqueca)	Cefaléia por abuso de analgésicos	Cefaléia em salvas
Localização	bilateral	normalmente unilateral	não específico	unilateral, em torno da órbita ou temporal
Tipo de dor	constritiva	pulsante		variável (pontadas, ardência, constritiva)
Intensidade	leve a moderada	moderada a grave		bastante grave
Influência de atividades	não piora em atividades físicas	aumento da dor durante atividades		extrema restrição em relação a atividades
Característica		frequentemente	uso de	• frequentemente à noite

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

S concomitantes		hipersensibilidade à luz ou ruídos; muitas vezes náusea e vômitos	paracetamol ou NSAIDs* ≥15 dias por mês, uso de triptano ≥10 dias por mês	<ul style="list-style-type: none"> • ≥1 sintoma ipsilateral: -olho vermelho ou lacrimejante -congestão nasal ou corrimento nasal -edema de pálpebra -aumento da sudorese na face -queda de pálpebra e/ou pupila contraída • inquietação e necessidade de movimentar-se • ausência de náusea ou vômitos
Duração e frequência	<ul style="list-style-type: none"> - 30min.contínuos - <1dia por mês: pouco frequente - 1-15d por mês: frequente - ≥15dia por mês: crônico 	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos: 4-72h; crianças: 0.5-48h - episódios repetidos 	≥15 dias por mês	<ul style="list-style-type: none"> - 15-180 minutos - 1 episódio por 2 dias até 8 episódios por dia

* anti-inflamatórios não-esteróides (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs*)

Diagnóstico

Anamnese

O médico de família e comunidade pergunta:

- a natureza, a gravidade, a hora do dia, localização, padrão e duração da dor de cabeça;
- se a forma atual de dor de cabeça é familiar;
- sintomas que acompanham (náuseas, vômitos), aura ou sintomas prodrômicos;
- fatores que desencadeiam a dor de cabeça;
- distúrbios visuais;
- medicamentos como analgésicos (paracetamol, NSAIDs), triptanos, anticoncepcionais, antidepressivos, erva de São João;
- uso de cafeína;
- comportamento durante um ataque de dor de cabeça;
- histórico familiar relacionado à dor de cabeça;
- grau de limitação no funcionamento diário em casa, no trabalho, na escola ou em momentos de lazer;
- preocupação, ansiedade, perguntas específicas e expectativas do paciente.

Exame físico

Realizar:

- em sinais de doenças graves (ver Avaliação, tabela 2), e dor de cabeça crônica (≥ 15 dias por mês): exame neurológico;
- em mulheres grávidas: exame visando a exclusão de pré-eclâmpsia ou HELLP;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- em um paciente com idade ≥ 50 anos: medir pressão arterial.

Expandir o exame físico se houver razão para isso após o histórico médico ou anamnese.

Avaliação

Para o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, migrânea, cefaléia induzida por abuso de analgésicos e cefaléia em salvas: ver Tabela 1. Veja Tabela 2 para as características de distúrbios graves que são acompanhados de dor de cabeça.

Tabela 2. Características de distúrbios graves que são acompanhados de dor de cabeça.

<i>Esteja alerta para distúrbios graves que são acompanhados de dor de cabeça, em que a avaliação pelo médico de família e comunidade em curto prazo ou encaminhamento para um especialista é necessário (ver texto integral para a lista completa)</i>	
Características	Diagnóstico diferencial
Início (semi) agudo, dor de cabeça muito grave, possivelmente em combinação com dores no pescoço(nuca)	meningite, derrame cerebral, hemorragia subaracnóide
Rigidez na nuca, sintomas neurológicos	meningite, tumor cerebral
Dor de cabeça e febre (e nível de consciência diminuído)	meningite
aumento das dores de cabeça <6 semanas após traumatismo cranioencefálico (especialmente em idosos)	hematoma sub- ou epidural
Dor de cabeça durante a gestação (terceiro trimestre)	(pré-) eclampsia, síndrome de HELPP
dor de cabeça e idade <6 anos	tumor cerebral, hidrocefalia
novas dores de cabeça e idade ≥ 50 anos	tumor cerebral, arterite temporal (ver diretriz <i>Polimialgia reumática e arterite temporal</i>), hipertensão maligna
cefaléias matinais com vômitos; vômitos sem relação com a dor de cabeça	tumor cerebral, trombose dos seios venosos cerebrais

Conduta

Cefaléia do tipo tensional

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Orientação e tratamento não medicamentoso

- Muitas vezes multifatorial; a tensão nem sempre é a causa, mas pode fazer com que a dor permaneça; difícil se estabelecer conexão entre causa e efeito
- Considere a hipótese de *sintomas físicos insuficientemente explicados* (SFIE) em dores de cabeça tensionais frequentes e crônicas e explorar, nesse caso, os fatores que mantêm a dor e gravidade da SFIE.

Tratamento medicamentoso: incidentalmente paracetamol ou NSAIDs, atenção para a cefaléia induzida por abuso de analgésicos.

Migrânea (ou enxaqueca)

Orientação e tratamento não medicamentoso

- Cessar atividades e descansar na apresentação dos primeiros sintomas.
- Discutir fatores provocativos (por exemplo, estresse, rotina irregular, falta de descanso).

Tratamento medicamentoso

Tratamento do ataque

- Iniciar com a analgesia, se necessário em combinação com um anti-emético; alerta para o uso em dosagem adequada da medicação (alto o suficiente) e momento de ingestão (início da dor de cabeça).
- Iniciar com paracetamol 1000 mg por via oral ou por via retal (até 4000 mg por dia).
- Se o efeito for insuficiente:
 - NSAID, por exemplo, 600 mg de ibuprofeno (até 2400 mg/dia) ou 500 mg de naproxeno (até 1000 mg/dia), ou
 - triptano, por exemplo, sumatriptano 50 mg (até 150 mg/dia) ou 100 mg (máx. 300 mg/dia) ou 2,5 mg de zolmitriptano (até 5 mg/dia) ou 5 mg (máx. 10 mg/dia).

O tratamento preventivo

- Primeira opção: metoprolol 100 mg uma vez ao dia (até 200 mg/dia).
- Segunda opção (opcional): topiramato, dose inicial 25 mg 1x/dia (máximo 2x/dia 50 mg) ou ácido valpróico mg (1 a 2x/dia 500 mg).
- Terceira opção (opcional): amitriptilina, iniciar com 10-25 mg 1x/dia (máx. 75 a 100 mg/dia).

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Cefaléia induzida por abuso de analgésicos

Orientação e tratamento não medicamentoso

- Explicar que se trata de tolerância; ao ingerir medicamentos para a dor de cabeça, a dor aumenta.
- Descontinuar sob supervisão todos os medicamentos para a dor de cabeça.
- Advertir para o agravamento da dor de cabeça devido à abstinência, durante cerca de 1 a 2 semanas.
- Durante esta fase, o paciente pode não ser capaz de trabalhar ou realizar atividades diárias normais.
- Aconselhamento intensivo (pelo telefone) é necessário nestas primeiras semanas.

Cefaléia em salvas

Tratamento farmacológico do ataque: O₂ 100% 7 a 15 litros por máscara (guiados pelo efeito) durante 15 minutos, ou sumatriptano 6 mg por via subcutânea.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.