

Medicamentos Utilizados na Enxaqueca: Rotina em Unidades Básicas de Saúde e em Hospital

Drugs Used To Treat Migraine: The Routine Of Basic Healthcare Units And Hospitals

JAMYLLÉ LANDIM DE SOUSA¹
JASON ELIEL ALVES DA SILVA¹
JOSÉ WILSON TOMAZ DE VASCONCELOS¹
JOSÉ XEREZ NETTO¹
JOSINALDO PEREIRA LEITE JÚNIOR¹
FRANCISCO JOSÉ GONÇALVES FIGUEIREDO²
ADRIANA MARIA FERNANDES DE OLIVEIRA²

RESUMO

Introdução: A cefaleia é um dos sintomas mais comuns na prática clínica e é responsável por um percentual considerável do atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Hospitais. A enxaqueca (cefaleia migrânea), um subtipo de cefaleia primária, é um dos diagnósticos mais comuns no que se refere a cefaleias em geral. Por esse motivo, torna-se importante um estudo sobre os manejos clínicos, de caráter farmacológico, realizados no cuidar dessa patologia. **Objetivo:** O objetivo do trabalho é fazer uma revisão bibliográfica de artigos que tratam da enxaqueca, e o tratamento farmacológico mais comum em UBS e Hospitais. **Materiais e métodos:** Para esta revisão foram utilizados artigos indexados, publicados entre o período de 2002 a 2012, nas bases de dados *online* Scielo e Pubmed, usando os descritores: “cefaléia migrânea”, “fármacos e enxaqueca”, “enxaqueca e Unidades Básicas de Saúde” e “enxaqueca e emergências hospitalares”. **Resultados:** Devido à migrânea causar um enorme desconforto ao paciente é necessário uma abordagem rápida do problema para conferir a este, condições de manter as suas atividades diárias de forma satisfatória. Para isso, a terapêutica correta se destinará aos episódios de crise – uso de medicamento para minimizar o sofrimento do paciente - e a profilaxia – uso de medicamentos a fim de reduzir o número de crises e a intensidade das mesmas. **Conclusão:** As UBS utilizam-se, para crises leves a moderadas, os analgésicos e anti-inflamatórios; para as crises moderadas a intensa, os analgésicos mais potentes e os triptanos. Enquanto que, nos Hospitais, os corticosteroides são as drogas de escolha, embora as aplicações de Dihidroergotamina Endovenosa ou de Clorpromazina também são alternativas.

DESCRIPTORIOS

Cefaleia primária. Cefaleia migrânea. Terapêutica. Unidade Básica de Saúde. Hospital.

ABSTRACT

Introduction: Headache is one of the most common symptoms in clinical practice, which accounts for a considerable percentage of appointments in Basic Healthcare Units (BHUs) and Hospitals. Migraine (migraine headache), a subtype of primary headache, is one of the most common diagnoses regarding headaches in general. Therefore, it becomes important to study the clinical pharmacological management of this condition. **Objective:** This study aimed to review the existing literature about migraine and the pharmacological treatment performed in BHUs and hospitals. **Material and Methods:** Bibliographical searches were carried out in the databases Scielo and Pubmed of articles published between 2002 and 2012, using the following descriptors: “migraine headache”, “drugs and migraine”, “migraine and Basic Health Units”, “migraine and hospital emergencies”. **Results:** As migraine causes a strong discomfort to the patient, there is a need for a quick approach to solve the problem and satisfactorily maintain their daily activities. Therefore, an appropriate therapy should target episodes of crisis – use of medication to minimize patient suffering – and prophylaxis – use of medication to reduce the number and intensity of seizures. **Conclusions:** BHUs prescribe analgesics and anti-inflammatory drugs in case of mild to moderate episodes, and potent analgesics and triptans in case of moderate to severe episodes. Corticosteroids are the drugs of choice in the hospital setting, although intravenous dihydroergotamine or chlorpromazine are also considered.

DESCRIPTORS

Headache Primary. Migraine Headache. Therapy. Basic Health Units. Hospitals.

1 Discentes do curso de graduação em Medicina, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras/PB, Brasil

2 Docentes do curso de graduação em Medicina, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras/PB, Brasil

As cefaleias primárias são causa comum de procura por auxílio médico, estando responsável por aproximadamente 7% dos atendimentos não agendados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 1% a 3% dos atendimentos em unidades de emergência¹. Esses dados são justificados pelo fato de que o incômodo provocado pela dor prejudica, enormemente, as ações diárias do paciente, com destaque para perda de eficiência no trabalho e até mesmo dificuldade de realizar atividades simples do dia a dia.

As cefaleias podem ser divididas em primárias e secundárias, sendo a primeira um quadro clínico que não tem uma etiologia definida, ou seja, não está relacionada a nenhuma outra patologia de base, já as secundárias estão relacionadas a um quadro patológico mais complexo, e seu tratamento está relacionado com a regressão da causa da cefaleia².

A cefaleia migrânea se enquadra como um tipo de cefaleia primária. Entre os tipos de cefaleia mais comuns³, na população, encontram-se a cefaleia tensional e a cefaleia migrânea, conhecida popularmente como enxaqueca. Este tipo de cefaleia tem predomínio maior no sexo feminino, sendo três vezes mais comum em mulheres do que em homens⁴, principalmente na faixa etária entre 30 e 50 anos. Outro fator importante é que ao longo da vida cerca de 95% de toda a população sofre pelo menos um episódio de cefaleia primária³.

O aspecto fisiopatológico da enxaqueca ainda não foi completamente elucidado, no entanto sabe-se que a enxaqueca está ligada a uma maior sensibilidade do paciente aos estímulos nocivos externos e internos o que pode ser considerado como motivo desencadeante da dor. Estudos comprovam a identificação de anormalidades em pelo menos três *loci* dos cromossomos 19 e 1 na enxaqueca⁵, assim como a anormalidades nos canais de cálcio voltagem dependentes tipo P/Q, específicos do sistema nervoso central, que regulam a liberação de vários neurotransmissores. Existem relatos também sobre a relação da inflamação nas fibras trigeminais que podem provocar vasodilatação, com isso isquemia e consequente estímulo aos receptores nociceptivos ocasionando dor.

As enxaquecas caracterizam-se por manifestações álgicas de moderadas a intensas, associadas a outros sintomas tais como, fotofobia,

fonofobia, náuseas, vômitos e aura enxaquecosa (paresia, parestesia, hemianopsia, ataxia e escotomas cintilantes)⁶. O tratamento mais eficiente para o paciente com esse quadro deve incluir uma série de fatores, não devendo ficar restrito apenas ao tratamento momentâneo da dor, devendo relacionar o distanciamento dos fatores iniciadores, os tratamentos medicamentosos preventivos (normalmente as enxaquecas são recorrentes), o uso de medicamentos de resgate voltados para os momentos agudos e as terapias acessórias. A rotina terapêutica para enxaqueca nas UBS tende a ser mais restrita, uma vez que na UBS o paciente tende a chegar com uma cefaleia de grau mais brando em relação ao paciente que se encaminha a um hospital, além de no atendimento primário dispormos de reduzidos recursos terapêuticos, devido seu alto custo.

O tratamento eficaz da enxaqueca relata um manejo em que em até duas horas se retire o paciente do estado agudo, se a medicação inicial não for eficaz deve-se considerar sua repetição ou associação a outra medicação como um mecanismo de resgate. No tratamento profilático a intenção é reduzir em até 50% a frequência das crises, reduzir também a sua intensidade e seus sintomas associados. Ainda é prioridade lembrar ao paciente que embora a enxaqueca não tenha cura o seu tratamento pode melhorar significativamente sua qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Para esta revisão foram utilizados artigos indexados nas bases de dados *online* Scielo e Pubmed, com seleção de termos descritivos sensíveis à pesquisa, como: “cefaléia migrânea”, “fármacos e enxaqueca”, “enxaqueca e Unidades Básicas de Saúde” e “enxaqueca e emergências hospitalares”. Os critérios de inclusão dos artigos foram definidos a partir das questões investigadas, além do tipo de desenho metodológico, e para refinar os resultados, excluindo-se artigos que não se enquadrassem no perfil da revisão bibliográfica, como a abrangência temporal dos estudos (definida entre os anos de 2002 e 2012).

RESULTADOS

A enxaqueca é uma das doenças neurológicas mais frequentes e responsável por impactos sociais; no entanto, o seu diagnóstico continua sendo clínico; uma vez que a etiologia desta patologia não está totalmente esclarecida⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a enxaqueca em 19º lugar na lista de doenças que condicionam maior número de anos vividos com incapacidade, considerando que a doença é responsável por ausência no trabalho, diminuição da produtividade e consumo de cuidados de saúde^{8,9}, acarretando prejuízo econômico, com custos diretos em atenção médica e medicamentos¹⁰.

O manejo das crises de enxaqueca depende da frequência e intensidade destas, das experiências do paciente com tratamentos anteriores e da negociação estabelecida na relação médico-paciente⁴ nos níveis em que se busca atendimento (UBS e Hospitais). Medidas gerais devem ser tomadas na tentativa de controlar os fatores desencadeantes da enxaqueca, sejam estes dietéticos (vinho tinto, bebidas alcoólicas, queijos, embutidos, chocolates), de hábitos (ritmo de sono, ruídos, fumo), do uso de fármacos (contraceptivo hormonal), entre outras situações em que as crises estejam associadas¹¹.

A terapêutica farmacológica para a enxaqueca pode ser aguda (tratamento na vigência da crise) ou crônica (no período entre crises) sendo desta forma considerada profilática, pois visa impedir a frequência dos episódios. Os fármacos mais usados em crise de enxaqueca são administrados segundo a gravidade da crise, assim vários medicamentos são usados isoladamente, ou em combinação, a fim de controlar a sintomatologia ocasionada pela cefaleia migranosa⁶.

A terapêutica usada para crise fraca, adota medicamentos de primeira linha os analgésicos comuns: ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona, assim como o uso dos Antiinflamatórios não esteroidais (AINES) dentre eles: ibuprofeno, naproxeno sódico, diclofenaco de sódio¹². Além disso, recomenda-se o uso de metoclopramida ou domperidona em pacientes que

apresentam náuseas ou vômitos juntamente com os analgésicos¹³.

Para tratamento da crise moderada, exceto a possibilidade do emprego dos analgésicos e AINES, recomenda-se o uso de derivados ergóticos: ergotamina e a dihidroergotamina ou triptanos: zolmitriptano, naratriptano e rizatriptan^{11,13}.

No tratamento da crise forte recomenda-se o uso de triptanos, indometacina ou clorpromazina. O uso de dexametasona ou de haloperidol pode também ser recomendado¹⁴.

Os Medicamentos para controle das crises leves e moderadas são usados em combinação com a cafeína, que atua aumentando a velocidade e o início do efeito farmacológico dos mesmos¹⁵. Nas crises moderadas e fortes caso ocorra recorrência de cefaleia, recomenda-se a complementação com AINES.

O Tratamento farmacológico profilático é essencial, pois os fármacos que combatem as crises migranosas não reduzem o número de crises, nem tão pouco a evolução da enxaqueca, assim a eficácia dos medicamentos profiláticos é avaliada pela diminuição de duração e intensidade das crises e seu espaçamento num período de dois a três meses.

Os fármacos usados para profilaxia são: os β -bloqueadores adrenérgicos (propranolol, atenolol, metoprolol, que constituem medicamentos de primeira escolha principalmente em casos de enxaqueca associada a estresse conforme Wannmache *et al*¹⁶), os antidepressivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, usados em doses inferiores as antidepressivas, sendo úteis em casos de migrânea associada a sintomas depressivos), drogas antiepilépticas (Ácido valproico), bloqueadores dos canais de cálcio (Flunarizina, Verapamil), antagonistas serotoninérgicos (ciproheptadina, pizotifeno)^{11,12}. Pode ocorrer o uso de associações entre estes fármacos como mecanismo profilático para enxaqueca¹³.

Além da terapia medicamentosa, utilizam-se ações não medicamentosas no tratamento de enxaquecas como, por exemplo: afastamento de atividades estressantes, repouso em ambiente com pouca luminosidade e silencioso, sono e uso de compressas

de água fria nas têmporas^{16,17}. Certas substâncias como a cafeína, a riboflavina e a toxina botulínica, quando associadas à terapia medicamentosa, conferem efeito potencializador aos medicamentos utilizados.

Na Unidade Básica de Saúde preconiza-se o método clínico centrado na pessoa e um atendimento longitudinal do paciente, facilitando assim o entendimento de fatores (orgânicos, subjetivos, sociais) que precipitam as crises enxaquecosas, podendo-se fazer o acompanhamento do paciente ao longo do tempo e buscar minimizar estes fatores, como também adequar a terapêutica utilizada pelo paciente¹⁸. Nestes locais, a terapêutica da enxaqueca norteia-se em torno do controle das crises, no entanto quando estas são bastante frequentes e apresentam grau de incapacidade importante¹⁹ (pessoal, familiar, social e produtiva), levando o paciente à retornar a Unidade de Saúde, na qual o profissional médico opta por uma terapêutica profilática. O manejo utilizado na Atenção básica segue: o afastamento dos fatores desencadeantes, nos casos de crises leves a moderadas podem ser manejadas com analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais, associados ou não com antieméticos.

As crises moderadas a intensas devem ser tratadas com triptanos ou analgésicos potentes. Vale salientar que o uso de triptanos muitas vezes não é adotado devido ao seu alto custo^{13,14} e atentar para sua ação vasoconstrictora, sendo deste modo contraindicado em pacientes com angina do peito ou pós-infartados²⁰. No caso do manejo profilático, o tratamento de primeira linha é com α -bloqueadores adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes¹⁶.

No ambiente hospitalar, grande parte dos pacientes acometidos por enxaquecas é tratado de maneira ambulatorial. Entretanto, em casos mais complexos e associados a outras patologias é necessário realizar a internação e, possivelmente, encaminhar para acompanhamento multidisciplinar.

No caso das migrâneas, as crises mais comumente tratadas em emergências hospitalares, são caracterizadas por dor que pode durar mais de 72 horas, mesmo com tratamento sintomático, e por períodos livres de cefaleia menores do que 4 horas (sem contar o

período de sono). Geralmente, os pacientes apresentam certa tolerância aos analgésicos, como também, ocorrem náuseas e vômitos frequentes e intensos. As drogas de escolha são os corticoesteroides, embora a aplicação de Dihidroergotamina Endovenosa (E.V.) ou de Clorpromazina (E.V.) também se apresentem como alternativas¹³. No caso da administração E.V. de clorpromazina, devem-se usar procedimentos paralelos a administração para assegurar um quadro estável ao paciente, e fazer um monitoramento minucioso, pois há possibilidade de hipotensão postural e de outros efeitos adversos por até 6 horas após a administração. Caso ocorra distonia, usa-se Biperideno.

De maneira geral, a conduta para o tratamento das enxaquecas caracteriza-se pela reposição de fluidos e eletrólitos (evita a desidratação), tratamento de náuseas e vômitos, controle da pressão arterial, instituição da terapia endovenosa adequada aos protocolos, início de tratamento profilático para controlar o quadro, identificação da melhor estratégia a ser adotada após a alta hospitalar e instrução de familiares acerca do uso apropriado de medicamentos a fim de evitar novas internações.

Vale salientar, a importância de antes de se iniciar o tratamento, estabelecer um correto diagnóstico a fim de diferenciar os tipos de cefaleia, os quais requerem abordagens medicamentosas distintas, e enfatizar que embora o tratamento sintomático hospitalar seja bem dispendioso, contribui para que os benefícios compensem os custos de maneira bastante efetiva, uma vez que promovem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes consideravelmente.

CONCLUSÃO

Mesmo com o avanço médico no campo farmacológico e tecnológico nas UBS e nos hospitais e, além das diversas abordagens terapêuticas utilizadas para quadros de enxaquecas, ainda não há um tratamento totalmente eficaz, pois esta patologia apresenta uma diversidade de causas, sendo necessário, antes de instituir um plano terapêutico, ter um julgamento

craterioso de suas reais necessidades, adotando um diagnóstico correto e uma avaliação multidisciplinar, que combine terapias comportamentais, medicamentosas ou não, pois as enxaquecas são uma das queixas mais frequentes na rotina médica e afeta uma ampla diversidade de faixas etárias. Portanto, o tratamento ineficiente acarreta grande impacto na qualidade de vida

dos pacientes, além de ocasionar custos exorbitantes para os serviços de assistência à saúde contrapondo-se à realidade do sistema de saúde do Brasil, cujos recursos financeiros são precários e as necessidades da população dependentes do governo são proporcionalmente maiores.

REFERÊNCIAS

1. Bigal MAE, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos hospitalares das cefaléias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2000; 58 (3^a): 664-670.
2. Lipton RB, Bigal ME. The Epidemiology of Migraine. *The American Journal of Medicine.* 2005; 118[Suppl 1]: 3S-10S
3. Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. *Classificação Internacional das Cefaléias. 2ª Edição.* São Paulo: Segmento Farma Editores, 2004.
4. Pinto MEB, Wagner HL, Klafke A, Ramos A. Cefaleias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. 2009.
5. Vincent Maurice B. Fisiopatologia da enxaqueca. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 1998; 56 (4): 841-851.
6. Bensenõr IM, Morais MSBBF. *Cefaléias Primárias.* RBM. *Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro).* 2009; 66 (6): 138-146.
7. Martins IP. Enxaqueca: da clínica para a Etiopatogenia. *Acta Med Port.* 2009; 22 (5): 589-598
8. Menken M, Munsat TL, Toole JF. The global burden of disease study: implications for Neurology. *Arch Neurol.* 2000; 57 (3): 418-420
9. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of Migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache.* 2001; 41 (7): 646-657
10. Brandes JL. Migraine and functional impairment. *CNS Drugs.* 2009; 23(12): 1039-45.
11. Wannmacher L. Tratamento da enxaqueca, escolhas racionais. *Boletim Uso racional de medicamentos temas selecionados, Brasília.* 2004; 1 (6): 1- 15
12. Speciali JG. Entendendo a Enxaqueca. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2003.
13. Gherpelli, JLD. Tratamento das cefaleias. *J. pediatria.* (RJ). 2002; 78 (supl.1): S3-S8
14. Silva Neto RP. Cronologia do tratamento medicamentoso da crise migranosa. *Headache Medicine.* 2011; 2(4): 187-9.
15. Godoy HRV, Gonçalves FB, Moraes CF. Associação de cafeína ao paracetamol no tratamento da dor. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília.* 2012; 1(3): 169-73
16. Wannmacher L, Ferreira MBC. Enxaqueca: mal antigo com roupagem nova. *Boletim Uso racional de medicamentos temas selecionados.* 2004; 1(8): 1- 6
17. Capazzolo AA, Santos GER, Junior NF. 1º Caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2004.

18. Piancastelli CH, Di Spirito GC, Flish TMP. Saúde do Adulto. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2011.
19. Fernandes LC, Silva Junior HM, Goraveb R, Speciali JG, Bordini CA. Qualidade de Vida e Aplicações em Migrânea: Impacto Social, Educação e Conquistas Profissionais. *Migrâneas & Cefaléias*. 2002;5(2):65-67.
20. Casttr AJR, Shimazaki ME. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo horizonte: Escola de saúde pública de Minas Gerais, 2006.

Correspondência

Adriana Maria Fernandes de Oliveira
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade
Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras
Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares
CEP: 58900-000
Cajazeiras – Paraíba - Brasil
E-mail: adrianamfoliveira@gmail.com